

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica



TESIS DOCTORAL

**La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el
ámbito clínico: experiencias desde la intervención con niños
adolescentes en salud mental infanto juvenil**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ana María Serrano Navarro

Directora

María Ángeles López Fernández-Cao

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN PLÁSTICA



TESIS DOCTORAL

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico: experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA PRESENTADA POR

ANA SERRANO NAVARRO

Directora: Dra. María Ángeles López Fernández-Cao

Programa de Doctorado Aplicaciones del arte en la integración social: Arte, terapia y educación en la diversidad.

Año 2015

A quienes me acompañan y sostienen.

A mi madre.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Marián López Fernández Cao, por su impulso que me anima a no rendirme y por cada conversación, siempre humana e inspiradora.

Al equipo humano, profesional e interdisciplinar del Hospital de Día San Agustín, por acogerme y tratar de entenderme, por compartir su saber y su hacer, por enseñarme cada día a ampliar la escucha y la mirada y acercarse a esta disciplina con respeto y convencimiento.

A todas las arteterapeutas y estudiantes de arteterapia y terapias creativas que han pasado por el del Hospital de Día San Agustín, porque me enseñan que lo que mueve a los y las arteterapeutas es una convicción firme que a menudo va más allá de lo aparentemente posible.

A Esther Carmona Pastor, amiga y compañera en el día a día de estas experiencias en torno al arteterapia y la vida que ya caminan en el tiempo, por su amistad y su compromiso personal y profesional a lo largo de estos años.

A Mónica Cury Abril, por la generosidad de su sentir al ofrecerme espacios en los que indagar y crecer. Y por encima de ello, por su amistad y su apoyo.

Al equipo interdisciplinar del Hospital de Día Infanta Leonor, por ofrecerme en el pasado un primer lugar donde explorar mi posición como arteterapeuta, por mostrarme las vías del trabajo y la intervención en salud mental y por ayudarme a comprender los aspectos más humanos del sufrimiento psíquico.

A todos los y las arteterapeutas que han colaborado de forma generosa en la realización de las entrevistas para esta investigación, entregando de forma sincera y generosa su tiempo y su experiencia a este trabajo en tiempos tan complejos para el ofrecimiento.

A los chicos y las chicas que han pasado por el Hospital de Día San Agustín, y a cada una de las personas con las que he trabajado y trabajo como arteterapeuta, por su apertura y su confianza.

A mi madre, a quien la vida puso a mi lado para empujarme a ser quién soy.

A mi familia, a mi compañero de vida y a mis amigos, a quiénes siento que he quitado demasiado tiempo para poder llegar a escribir estas líneas. Gracias por permitirme creer que se puede.

Gracias infinitas, el corazón tiene memoria.



ÍNDICE

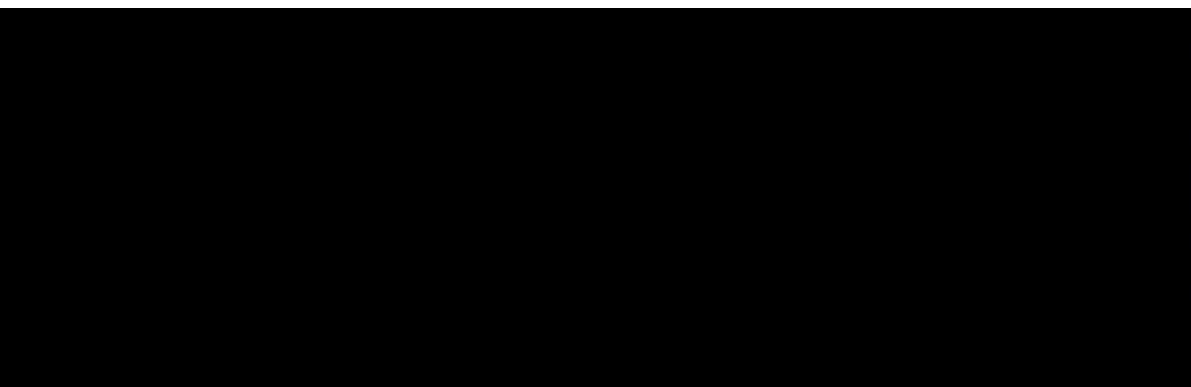
INDICE

1. RESUMEN	103
1.1 PALABRAS CLAVE	158
1.2 ABSTRACT	158
1.3 KEYWORDS	203
2. INTRODUCCIÓN	227
2.1 MOTIVACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN. UNA ETNOGRAFÍA DE LA PROFESIÓN DE ARTETERAPEUTA EN LA PRAXIS CLÍNICA	227
3. JUSTIFICACIÓN	45
3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 HIPÓTESIS GENERAL	46
3.2.1 Sub-hipótesis 1	46
3.2.2 Sub-hipótesis 2	46
3.2.3 Sub-hipótesis 3	46
3.2.4 Sub-hipótesis 4	46
3.2.5 Sub-hipótesis 5	47
3.2.6 Sub-hipótesis 6	47
3.3 EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	47
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN. ANTECEDENTES	51
4.1 EXPERIENCIAS PREVIAS DE INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL	51
4.2 EXPERIENCIAS PREVIAS DE INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO EN EL ÁMBITO ESTATAL	56
4.3 MODELO DE OBSERVACIÓN PREVIA: ETNOGRAFÍA DE UN HOSPITAL DE DÍA CON ADULTOS. <i>HOSPITAL DE DÍA INFANTA LEONOR</i>	62
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	71
6. METODOLOGÍA	75
6.1 CARTOGRAFÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN ARTETERAPIA: CAMINOS DESDE LA PRÁCTICA INTERDISCIPLINAR	75
6.1.1 <i>Hacia la búsqueda de métodos de investigación eficaces en arteterapia en los últimos años en España</i>	81
6.2 METODOLOGÍA CUALITATIVA DESDE UN PARADIGMA CONSTRUCTIVISTA INTERPRETATIVO	85
6.2.1 <i>Paradigma constructivista interpretativo</i>	88
6.2.2 <i>Aproximación etnográfica</i>	90
6.2.3 <i>Investigación basada en las artes</i>	96
6.2.4 <i>Investigación-acción</i>	98

6.2.5	<i>Construccionismo.</i>	102
6.2.6	<i>Estudios de caso.</i>	103
6.2.7	<i>Herramientas de investigación.</i>	105
6.2.8	<i>Análisis de datos.</i>	108
7.	MARCO TEÓRICO. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	113
7.1	SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: CONTEXTUALIZACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN.	113
7.2	ARTETERAPIA	137
7.2.1	<i>Elementos generales</i>	137
7.2.2	<i>Arteterapia en el ámbito clínico. Fundamentos y posibilidades.</i>	156
7.2.3	<i>Arteterapia en el ámbito clínico de salud mental con niños, niñas y adolescentes.</i>	161
7.3	LA INTEGRACIÓN DEL ARTETERAPIA EN EL ÁMBITO CLÍNICO: UN MODELO DESDE LA PRAXIS	174
7.3.1	<i>Puntos en común y diferencias entre la atención clínica y el arteterapia.</i>	179
7.3.2	<i>El proceso de vinculación entre los profesionales como eje de acción y cambio.</i>	188
7.3.3	<i>De la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad: los equipos interdisciplinares en el ámbito clínico.</i>	191
7.3.3.1	<i>Modos de convivencia disciplinar: multi – inter – transdisciplinariedad.</i>	193
7.3.3.2	<i>Pautas para el trabajo interdisciplinar en arteterapia.</i>	197
7.4	HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA IDENTIDAD DEL ARTETERAPEUTA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.	202
7.4.1	<i>Perfil del arteterapeuta.</i>	202
7.4.2	<i>Fortalezas y debilidades.</i>	209
8.	MARCO EMPÍRICO	217
8.1	CARTOGRAFÍA DEL ARTETERAPIA EN LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARES EN ESPAÑA.	217
8.1.1	<i>Entrevista a arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinares.</i>	237
8.1.2	<i>Entrevistas a otros y otras profesionales que trabajan en equipos interdisciplinares en los que se integra la figura del/la arteterapeuta.</i>	345
8.1.3	<i>Conclusiones a las entrevistas a arteterapeutas y otros profesionales.</i>	368
8.2	ETNOGRAFÍA 1:	372
8.2.1	<i>Conclusiones de la Etnografía 1</i>	399
8.3	ETNOGRAFÍA 2:	403
8.3.1	<i>Conclusiones de la Etnografía 2.</i>	439
8.4	ETNOGRAFÍA 3:	447
8.4.1	<i>Caso 1.</i>	458
8.4.2	<i>Caso 2.</i>	476
8.4.3	<i>Caso 3.</i>	484
8.4.4	<i>Conclusiones de la Etnografía 3.</i>	489
9.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	493

10. CONCLUSIONES	499
11. APORTACIONES	515
12. INVESTIGACIÓN FUTURA	521
12.1 INTEGRACIÓN EN LOS CONTEXTOS SOCIAL, HOSPITALARIO Y EDUCATIVO	521
12.2 MODELOS DE INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EQUIPOS PARA LAS INSTITUCIONES	525
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	529
13.1 BIBLIOGRAFÍA	542
14. ÍNDICE DE FIGURAS E IMÁGENES	557
15. ANEXOS	565
ANEXO I: ENTREVISTA 1 REALIZADA A LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EQUIPOS INTERDISCIPLINARES EN LOS QUE SE INTEGRA EL ARTETERAPIA COMO DISCIPLINA Y EL/LA ARTETERAPEUTA PROFESIONAL	565
ANEXO II: ENTREVISTA 2 REALIZADA A PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DONDE NO SE DIO LA CONTINUIDAD EN LA INTEGRACIÓN DEL ARTETERAPIA COMO DISCIPLINA Y EL/LA ARTETERAPEUTA PROFESIONAL	571
ANEXO III: ENTREVISTA 3 REALIZADA EN GRUPO AL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN EL QUE SE BASÓ LA EXPERIENCIA DE OBSERVACIÓN RECOGIDA COMO ANTECEDENTE	575
ANEXO IV: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA 3	579
ANEXO V: ANEXO AL CUESTIONARIO SOBRE LA REALIDAD PROFESIONAL REALIZADO POR FEAPA, DISEÑADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE TESIS	589
ANEXO VI: PÓSTERS PRESENTADOS EN CONGRESOS	590
ANEXO VII: MODELO DE REGISTRO DISEÑADO PARA EL DESARROLLO DE LA ETNOGRAFÍA 2	595

+



1. Resumen

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinares en el ámbito clínico: experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

La presente tesis supone la continuidad del que fuera el trabajo para la obtención de la Suficiencia Investigadora en 2010. El punto de partida era la motivación para la investigación desde la identidad profesional como arteterapeuta, posición que aúna aspectos relacionados con la observación, la reflexión, el análisis, la experimentación y la integración de los hallazgos conclusivos en el ejercicio de la propia práctica profesional.

Dando por sentada la validez de las aportaciones de la intervención desde el arteterapia en los diferentes contextos, y teniendo en cuenta las experiencias profesionales y de investigación desarrolladas en España, es importante señalar que como disciplina aún no está oficialmente reconocida lo que hace que los arteterapeutas sean responsables de constituir su propio cuerpo teórico-metodológico, con el fin último de que su trabajo sea reconocido.

La práctica sistematizada del arteterapia en España se inicia hace aproximadamente una década, una práctica basada en un código ético compartido por las distintas asociaciones profesionales como integrantes de la *Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (FEAPA)*. Sin embargo, por la inestabilidad de la profesión, pocos son los arteterapeutas que cuentan con un contrato de trabajo, situación que provoca una sensación de precariedad personal y profesional.

Al mismo tiempo, la situación puede ser entendida como un síntoma del desconocimiento de la naturaleza del arteterapia tanto en su concepción académica como profesional, así como sobre las posibilidades y alcance de las intervenciones arteterapéuticas en los diferentes contextos, especialmente en el clínico, en el que el arte ha jugado tradicionalmente un papel mediador u ocupacional.

El resultado de todo ello es la necesidad de profundizar en lo específico del arteterapia como una vía para su desarrollo y reconocimiento profesional, lo que implica la integración de los arteterapeutas en los equipos interdisciplinarios en las instituciones en España. El progreso de la disciplina ha estado teñido de una cierta inseguridad, una falta de arraigo en la comunidad y la dificultad para el establecimiento de un marco conceptual común con el resto de los profesionales. Resolver estos aspectos mejorará nuestra posición y amplificará el conocimiento y alcance de nuestro trabajo.

En el marco específico de la intervención con niños, niñas y adolescentes, el arteterapia ofrece una manera, una posibilidad para la persona, de ser en el espacio y tiempo de creación, puestos al servicio de la mejora personal y el cambio terapéutico. Esto les permite crear nuevas formas a partir de un lenguaje artístico personal, alternativo y complementario a la palabra, y les ofrece vías para la autoexploración y la visualización de una identidad propia.

Para continuar en este intento por ofrecer un modelo viable en el contexto específico de la salud mental infanto juvenil, que pueda funcionar también en otros contextos y edades, es necesario cuestionar nuestra propia práctica a través de investigaciones clínicas y doctorales. Necesitamos definir las fortalezas y debilidades del arteterapia, sus límites y posibilidades, con el objetivo de comprender las necesidades de la disciplina en comparación con otras.

El principal objetivo de la Tesis es ofrecer un modelo de trabajo interdisciplinar en equipo aplicable al ámbito clínico infanto juvenil y otros con los que comparte características y necesidades, en el que el arteterapia es una disciplina integrada. Esto ayudará en la consolidación de un modelo para la incorporación de arteterapeutas en los equipos terapéuticos en las instituciones, con el fin último de mejorar el modelo de atención integral que ofrecen.

Otros objetivos son:

- Fortalecer las bases teóricas y metodológicas de la identidad de la disciplina del arteterapia y de los arteterapeutas en su desarrollo y

consolidación profesional e investigadora, como avance en los equipos psicoterapéuticos de salud mental.

- Mostrar los beneficios y el potencial del arteterapia para el abordaje integral de las patologías graves presentes en el ámbito institucional clínico, con especial atención al ámbito infanto juvenil, y desarrollar un metodología eficaz.
- Describir y analizar experiencias clínicas en arteterapia desde la observación directa del arteterapeuta como agente investigador en ellas implicado, para ofrecer un modelo hacia la integración y desarrollo metodológico del arteterapia en los equipos interdisciplinares.
- Realizar un análisis de las valoraciones y testimonios de los profesionales como vía para la comprensión de los elementos y factores que definen dicho modelo de intervención desde el arteterapia integrada en los equipos interdisciplinares en el marco de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil.
- Comprobar que la interdisciplinariedad como metodología es un método eficaz para la integración del arteterapia en las instituciones en el ámbito de la salud mental.
- Analizar los resultados y conclusiones derivadas de la observación sistemática de la práctica clínica como metodología específica de investigación para el desarrollo de un cuerpo teórico-metodológico propio del arteterapia, en el marco de la investigación cualitativa.
- Reflexionar y aportar beneficios sobre el proceso de vinculación en fases que se acompasa al proceso de integración de los profesionales arteterapeutas en los equipos interdisciplinares en el ámbito de la salud mental.

Para alcanzar estos objetivos, la investigadora ha entrevistado a varios arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinares en España, a fin de comprender el modo en que se comunican y desenvuelven en sus respectivos equipos.

En el marco empírico se describen además tres experiencias de las que la investigadora ha sido parte desde 2010 y que son entendidas como etnografías en la Tesis. De ellas, también se han extraído entrevistas a otros profesionales como psicólogos y psiquiatras.

Se espera que la descripción y análisis de estos testimonios, así como el acercamiento a dichas experiencias, ofrezca un modelo que sirva como referente para el futuro diseño de equipos en los que se integren los arteterapeutas.

La observación participante como método descriptivo para la recolección de datos ha ayudado a la investigadora a comprender la red sistémica que envuelve a los equipos terapéuticos en salud mental y el papel específico que juega el arteterapeuta, cuando su posición no es reconocida en igualdad de condiciones que el resto de profesionales de las instituciones. De este modo se evidencia que una mejor integración amplifica el alcance de la propia disciplina.

Dos de las experiencias descritas como etnografías concluyeron tras un periodo de prueba, asumiéndose que el programa de arteterapia no debía mantenerse a pesar del hecho de ser considerado positivamente tanto por los pacientes con lo que se trabajó como por algunos de los profesionales. El resto no apoyó la continuidad de la actividad. Dichas experiencias son entendidas como *experiencias de fracaso constituyente* a lo largo de la Tesis.

La tercera de ellas continúa en la actualidad. La continuidad es considerada como un indicativo de buen pronóstico que permite al arteterapeuta ofrecer una atención más profunda y específica a las patologías, perfiles y grupos. Todas ellas ofrecen parámetros viables y deseables para la integración del arteterapia como parte de la atención integral a los niños y adolescentes.

De esta manera, la Tesis construye un mapa de realidad que se completará necesariamente en la investigación futura, tanto en el ámbito clínico como en el educativo, médico y social. Esta cartografía se constituye en el propio hacer y carece de sentido fuera del contexto de la práctica profesional e intervención terapéutica.

Se han extraído algunas conclusiones de las tres experiencias para que sean tenidas en cuenta por los futuros equipos en su realidad profesional y por otros investigadores en el campo.

Las más significativas son:

- La interdisciplinariedad es el marco metodológico idóneo para alcanzar el necesario reconocimiento de la disciplina.
- De todos los elementos implicados en el trabajo en equipo, la comunicación entre profesionales, la confianza y el compromiso ético son los más valorados, así como compartir y definir objetivos comunes para el trabajo con los pacientes.
- La cooperación entre profesionales y el compartir conocimientos entre disciplinas son considerados métodos efectivos para mejorar la atención integral y reducir la inseguridad profesional y la distancia entre profesionales que trabajan juntos como parte de un equipo terapéutico.
- Las reuniones periódicas, compartir el historial clínico y la supervisión interna y externa son consideradas esenciales para la evaluación del proceso terapéutico y el reajuste de posibles desviaciones. Las instituciones deberán velar por cubrir estos requisitos como parte de las necesidades del equipo.
- La construcción de las relaciones entre profesionales se considera necesaria, tanto desde un punto de vista personal como profesional, como vía para la vinculación interpersonal en el equipo de trabajo.
- El arteterapia es considerada entre los profesionales del ámbito clínico como una disciplina que ofrece una vía de comunicación a los pacientes que amplifica la intervención global en casos de enfermedad mental grave. Las instituciones deben apoyar a los arteterapeutas hasta conseguir iguales condiciones de trabajo en el equipo.
- Es necesario alcanzar el reconocimiento oficial para clarificar la identidad profesional de los arteterapeutas, de manera que se

visibilice el trabajo que se ha venido realizando durante la última década y se regularice su práctica en España.

1.1 Palabras clave.

Palabras clave; Equipo interdisciplinar; Ámbito clínico; Salud mental infanto juvenil; Integración; Identidad profesional.

1.2 Abstract.

The integration of art therapy into interdisciplinary teams in clinical practice: experiences of child and adolescent mental health interventions.

The present research work and thesis is the continuation of the research work presented for the DEA title in 2010. The departure point was to research the professional identity of the art therapist, a position which combines observation, reflexive thinking, analysis, experimentation and the integration of new knowledge into professional practice.

Assuming the value of art therapy interventions in the different contexts, and taking into account the professional and research experiences in Spain, it is important to point out that its stature is not yet officially recognized, which makes art therapists responsible for the development of their own research and theoretical corpus, so that their work may be acknowledged.

The systematic practice of art therapy in Spain started at least a decade ago, a practice based on an ethical code shared by the different art therapist professional associations, as part of the Spanish Federation of Art Therapy Associations. Nevertheless, only a few art therapists have a working contract due to the instability of the profession, a situation which creates a sense of both personal and professional precariousness.

At the same time, this situation could be a symptom of the misconception of the nature of art therapy in both its academic and professional form, as well as the possibilities and scope for art therapy intervention in different contexts, especially the clinical one, where art has traditionally played a mediating or occupational role.

The result is the necessity to deepen the specific practice of art therapy as a way of professional development and assessment, which may involve the integration of the art therapist into interdisciplinary teams within the institutions in Spain. The progress of the discipline has been tinged with a slight sense of insecurity, a failure to hold on in the community and a lack of a common conceptual setting with other professionals. Solving these elements may improve our position and amplify the knowledge of our work and input.

In the specific context of child and adolescent intervention, art therapy offers patients a way of being involved into the time and space of the creative act, a therapeutic process which is assumed to improve well-being and encourage personal change. It allows children and adolescents to create new shapes using personal artistic language, alternative and complementary to the verbal one. This offers them paths to self-exploration and insights to a future identity.

To continue in this way and to offer a model that works in the specific context of child and adolescent mental health, which could also work in other areas and ages, it is necessary to ask ourselves what we can observe in the daily clinical practice through doctoral and clinical research. We need to define the strengths and weaknesses of art therapy, its limits and possibilities, in order to understand the necessary improvements of the discipline in comparison to others.

The principal aim of this work is to clarify the parameters for the integration of art therapy into interdisciplinary teams, with a special focus on the model for teams working with children and adolescents. This will consolidate a model for the incorporation of art therapists into all therapeutic teams across the institutions, with the purpose of improving the model care and attention they offer.

Other objectives are:

- To strengthen the theoretical and methodological bases of art therapy as a discipline, as well as those of art therapists' profile, both in their professional development and in their research, as an advance for psychotherapeutic teams in mental health.
- To show the benefits and the potential of art therapy interventions in severe mental disorders in clinical context, with particular attention to contexts with children and adolescents, and to thereby develop an effective methodology.
- To describe and analyse experiences of the clinical practice of art therapy, considering the art therapist as a figure directly involved, in order to offer a model for the integration and the methodological development of art therapy in interdisciplinary teams.
- To analyse reviews and testimonials of professional art therapists in order to understand the elements and factors which define each model of integration of art therapy into the institutions in mental health teams, with particular attention to teams working with children and adolescents.
- To confirm that inter-discipline is an effective means of integrating art therapy into mental health institutions.
- To analyse the conclusions derived from the systematic observation of the clinical practice of art therapy, and to recognize it as a specific research method for the creation of a theoretical and methodological profile for the art therapist in the qualitative research framework.
- To reflect on and to improve the process of integration in phases as professional art therapists join interdisciplinary teams working in the clinical context of mental health.

To achieve these objectives, the researcher has interviewed several art therapists who work in interdisciplinary teams in Spain, in order to understand the way they communicate and manage in their respective therapeutic teams.

Three experiences in which the researcher has been involved since 2010 are also described in the empirical framework. They are assumed as ethnographies in the thesis. From these three ethnographies, other professionals involved, such as psychologists and psychiatrists, have also been interviewed.

It is expected that the description and analysis of all these testimonials, and an appreciation of the experiences, may offer a model that will serve as a reference for the future structuring of team models which integrate art therapists.

Participant observation as a descriptive method of data collection helped the researcher understand the entire system involving working teams in mental health and the specific role played by the art therapist, when their professional stature is not included in equal conditions to the rest of professionals in the institutions. It also showed the way a better integration model amplifies the intervention scope of the discipline.

Two of the experiences in the ethnographies finished after a trial period, on the basis that the art therapy program was not worth maintaining, despite the fact that it was considered positive by both patients we worked with and some professionals. The rest of them did not support the continuity of the activity. These experiences are referred to as *constituent failure experiences* throughout the thesis.

The third experience continues to this day. Continuity is considered a good prognostic indicative, and enables the art therapist to give more profound and specific attention to pathologies, profiles and groups. Three of them let the researcher observe viable and desirable parameters for the effective integration of art therapy, as an integral part of attention to children and adolescents we work with.

In this way, this thesis builds a reality map which will be necessarily completed in future research work, in the clinical context as well as in educative, medical and social ones. This cartography is thus self-sustaining and has no sense outside the context of professional practical art therapy intervention.

Conclusions have been extracted from these experiences in order that they may be taken into account by future teams in their working experiences and by other researchers in the field. The most significant ones are:

- Inter-discipline as a methodological framework is assumed the best way to reach the necessary assessment of the discipline.
- Of all elements involved in team work, thorough communication between professionals, confidence and ethical commitment are considered the most valuable, as well as sharing and defining common objectives for the patients.
- Cooperation between professionals and sharing knowledge between disciplines are considered effective methods to improve the integral treatments and reduce both insecurity in the profession and distance between professionals working together in a therapeutic interdisciplinary team.
- Regular meetings, sharing patients' clinical histories and professional internal and external supervisions are considered essential for the evaluation of any therapeutical process and readjusting possible deviations. Institutions may comply with these requirements as part of team necessities.
- The building of relationships between professionals has been described as necessary, from a personal and professional point of view, in order engage with each other in a group work.
- Art therapy is esteemed amongst professionals in the clinical contexts as offering an effective way of communication for the patients that amplifies the whole intervention in severe mental disorders. Institutions may support art therapists to get equal

working conditions as the rest of the professionals in the working team.

- Official assessment is necessary to clarify the professional identity of art therapists, so that the work we have been doing for almost a decade is made visible, and so that its practice is regularized in Spain.

1.3 Keywords.

Art therapy; Interdisciplinary team; Clinical Context; Child and Adolescent Mental Health; Integration; Professional Identity.



2. Introducción

2.1 Motivación para la investigación. Una etnografía de la profesión de arteterapeuta en la praxis clínica.

Escribir esta tesis está siendo una tarea dura, a menudo, demasiado dura. Mantengo el presente continuo porque aún entregándola temo que esa sensación tarde un tiempo en desaparecer. Sin embargo, puedo decir que me ha ayudado a tomar conciencia del recorrido que he seguido hasta aquí, de lo que he decidido en un momento dado o he dejado pasar, y sobre todo, me invita a imaginar un mañana. Algo que las personas necesitamos, imaginarnos en una mañana, con un otro.

En este instante, ese otro sois vosotros y vosotras del otro lado, quiénes vais a leer esta tesis alguna vez, espero que en la búsqueda de indicios que os permitan seguir caminando en vuestro intento por ser arteterapeutas.

Puedo decir que a mí me mueve un deseo firme de ser arteterapeuta, de trabajar como arteterapeuta y de investigar qué es lo que ocurre en arteterapia con las personas, algo que se sostiene en mi retina en cada lectura, en cada reflexión y en cada encuentro, convencida de que el bienestar personal, en este caso el mío, ha de lograr combinar de manera sostenida y equilibrada, aquellas partes de una misma, y del relato que construye de sí en su vida, que desea que sean parte de esta y que le ayudan a proyectarse en el tiempo, en una sensación de felicidad propia, de impulso, de “ganas de”.

Entender el modo en que se construye una Tesis también me ha resultado difícil, quizás por ello he tardado tanto tiempo en darle forma y seguramente la forma final que ha adquirido no responda exactamente a la imagen forjada de ella en estos años, como algo que me acompañaba, pero siempre supeditado a la necesidad de la experiencia real de la práctica. Esta Tesis, nunca tuvo sentido sin ella y para mí la investigación, si no es desde la práctica, tampoco lo tiene.

Lo más sorprendente que me ha pasado es comprender que el tema de los equipos interdisciplinarios, del trabajo con personas, en equipo, de la búsqueda de la horizontalidad de este tipo de organización del hacer, me acompaña desde mi formación en Bellas Artes. No sé si era buena trabajando de manera individual, seguramente no lo suficiente, pero sé que era mejor cuando colaboraba con mis compañeros y compañeras en proyectos conjuntos, que ponían en diálogo el saber de cada una y uno de nosotros, en la búsqueda de un alcance y potencial mayores.

Con los años, esto mismo, se ha ido dando en diferentes aspectos y parcelas de mi vida, y me lo he encontrado en la clínica arteterapéutica. Qué buen encuentro.

He de aclarar que he necesitado mantener la primera persona en estos párrafos, para poder registrarlos como vivencia, dejar huella de ellos en mí. Sin embargo, pasaré a utilizar la tercera persona en la redacción del resto del trabajo.

Solo añadir, para que se comprenda mejor, que esto de los equipos, del trabajo con las personas, ya viene de lejos; como las marañas, los mapas, las palabras y los corazones.

La presente Tesis supone la continuidad del que fuera el trabajo de la propia investigadora para la obtención del título de Suficiencia Investigadora en 2010 y *Diploma de Estudios Avanzados* (DEA). Ya en su momento, el punto de partida era la motivación para la investigación desde la identidad profesional como arteterapeuta, que aunaba aspectos relacionados con la observación, la reflexión, el análisis, la experimentación y la integración de los hallazgos conclusivos al ejercicio de la propia práctica profesional.

Desde su inicio, se da por conocido y comprendido que el arteterapia es una disciplina terapéutica que se sirve de la creación artística a través de los diferentes lenguajes artístico-plásticos (pintura, fotografía, escultura, escritura, lenguaje audiovisual, dibujo, dramatización, movimiento, etc.), para facilitar la expresión e integración emocional de las vivencias, dificultades y conflictos, acompañando a las personas en un proceso de mejora y cambio, que ahonde en su bienestar integral y

su salud, permeando a todas las parcelas de su vida. Bajo estos parámetros, señala Mónica Cury que:

La creación artística conecta con la esencia inexplorada de nuestra propia creatividad, en un clima de confianza, respeto y seguridad, facilita la comprensión de los sentimientos y de la propia naturaleza. La existencia humana es por sí misma el principal reto creativo y toda obra de creación producida por el ser establece un vínculo adicional entre el mundo y su existencia. (Cury, 2007, p.84)

Dicho proceso de acompañamiento ha de darse en el marco de una relación vincular terapéutica y en la contención de un encuadre adecuadamente establecido por el o la arteterapeuta para ello, que pone la mirada y el acento en la persona como capaz de ser protagonista de su proceso, desde la salud residual, la capacidad, la creatividad y el potencial personales. Para Sanz y Del Río:

La actividad artística es una actividad propia del ser humano independientemente de su estado de salud, por ello, al introducirla dentro de un marco terapéutico procura un espacio para la normalidad (diferenciándose de otras posiciones terapéuticas que tienen sentido en función del tratamiento de la enfermedad); movilizandocapacidades y recursos expresivos, comunicacionales y adaptativos que están en el paciente, haciéndolos visibles, y poniéndolos en acción; aprovechándolos para su propio desarrollo personal. (Sanz, & Del Río, 2010, p. 8)

Se trata de una disciplina de origen multidisciplinar, cuya práctica se fundamenta en las teorías del arteterapia, del arte, del desarrollo humano, de la psicología, de la psicoterapia, de la filosofía, etc. De entre todas estas disciplinas que se conjugan, el arte, como eje vertebrador de la experiencia terapéutica que el arteterapia genera, ofrece a la persona ilimitadas posibilidades y experiencias creativas, que favorecen vías para la exploración de su mundo interior, personal y simbólico, poniéndolo a su vez en comunicación con el mundo exterior, la realidad de la que es parte.

Dando por sentado para el desarrollo de esta observación sistematizada, la valía de su aporte a la luz de las experiencias profesionales que se están desarrollando en la actualidad, y las diversas experiencias de investigación sobre su práctica, cabe sin embargo señalar que aún siendo una profesión de recorrido medio, integrada en los sistemas de salud de países como Gran Bretaña, E.E.U.U, Israel y muchos otros, en España, su figura profesional sigue sin estar oficialmente reconocida. Esto otorga a los y las arteterapeutas profesionales una evidente responsabilidad, que les convoca a la acción investigadora. Como señalan Izuel y Vallés:

Partimos de la convicción de que el presente y el futuro del Arteterapia dependen de la formación profesional y humana del arteterapeuta, que incluye, de manera significativa, su capacidad investigadora y la consciencia asumida en pro de la producción científica de conocimientos. Asumiendo esa convicción, es deseable que las y los profesionales posean y estén habituados a ejercer procesos de razonamiento mediados por la observación, interrogarse por sus propias acciones profesionales, dudar de los recursos utilizados habitualmente y de los conocimientos comunes, saborear los conocimientos contenidos en los referentes bibliográficos y desarrollar la intuición hacia nuevos paradigmas y procesos de indagación, entre otras habilidades. (Izuel & Vallés, 2012, p. 24)

La existencia y desarrollo de las formaciones en arteterapia en España, así como las experiencias prácticas de las que dan cuenta las diferentes publicaciones, congresos, jornadas y actividades de formación continuada que sobre el tema se llevan a cabo en las diferentes comunidades autónomas, evidencian ser una disciplina que se aplica desde hace al menos una década de forma sistematizada en los ámbitos clínicos, hospitalarios, educativos y sociales, sin que se haya logrado, sin embargo, su reconocimiento oficial a nivel estatal, y con ello, el mantenimiento de figuras arteterapeutas estables dentro de las plantillas laborales de las instituciones en las que actualmente se integra.

Para el desarrollo y sistematización de la práctica del arteterapia ya existen algunos aspectos de consenso ético y deontológico que se recogen en los códigos

éticos y reglamentos de régimen interno de las diferentes asociaciones profesionales de arteterapeutas que se distribuyen por la geografía española y que se acogen bajo el paraguas de la *Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia* (FEAPA). Dicha Federación, constituida en 2010, establece entre sus fines:

- (5.) Dar a conocer, en todos los estamentos sociales, las características específicas del Arteterapia en tanto vía específica de intervención psicosocial, promoviendo líneas de actuación que desemboquen en un reconocimiento legal y diferenciado de la disciplina y de sus profesionales;
- (6.) Desarrollar y potenciar la aplicación del código deontológico para la práctica del Arteterapia y del ejercicio profesional del arteterapeuta. (7.) Elaborar cauces de información dirigidos a profesionales y usuarios para dar cuenta de la praxis adecuada del ejercicio profesional. (FEAPA, 2010)

Resultan estos de extrema importancia si aclaramos, para la comprensión del marco de realidad al que nos acercamos en esta investigación, que en el modo en que esta práctica profesional se materializa es en el menor de los casos a través de un contrato de trabajo específico de los y las profesionales como arteterapeutas, dado que no existe esta figura, lo que sin duda merma las posibilidades de continuidad y profundización en los proyectos de intervención e investigación que se desarrollan en la práctica, aumentando la precariedad e inestabilidad laboral y personal de los y las profesionales arteterapeutas en España.

Muchos de ellos se ven forzados a compatibilizar su labor con otras de diferente naturaleza, justificando a menudo los proyectos que se realizan en las instituciones, sobre todo en aquellas de naturaleza pública, desde el marco de la investigación, para que sea consentida su permanencia en ellas, y dependiendo de agentes externos para su financiación (subvenciones, mecenazgo/micromecenazgo, patrocinio, etc.) sin una partida presupuestaria específica que contemple tanto el coste del empleo del profesional, como los gastos y necesidades derivadas de su trabajo

En la práctica privada es ligeramente diferente, habiéndose conseguido algunas contrataciones puntuales, si bien la vía de acceso a menudo pasa por una

doble titulación que permite ir dando paso a los espacios y proyectos de arteterapia, pues es sabido que tal y como señala López:

La gran parte de los arteterapeutas encuestados ejerce, a menudo, un doble empleo: la función oficial por la que han sido contratados: terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra, profesor de plástica, etc., a la que incorporan su formación en arteterapia. Este hecho es ambivalente, por una parte presenta rasgos positivos al permitir el ejercicio y difusión del arteterapia, pero, por otra, puede dificultar su autonomía disciplinar y profesional si se acomoda a esa situación. (López, 2009, p. 393)

En el caso de las asociaciones y entidades sin ánimo de lucro, desde donde se están desarrollando los mayores y más efectivos esfuerzos para el desarrollo de estos proyectos, la situación socio-política y económica actual es completamente desfavorable para la subvención y financiación de los mismos, más aún, siendo estos proyectos de intervención dirigidos a la mejora del bienestar personal, psicológico y emocional de las personas, en un trabajo a medio-largo plazo cuyo curso y resultados es difícil prever de antemano, y por tanto, predecir y cuantificar, requisitos exigidos por muchas de las instituciones y responsables de las mismas, para la valoración de su pertinencia y la justificación de la inversión en ellos.

Este es un síntoma evidente del desconocimiento de la naturaleza tanto del arteterapia, como del perfil académico y profesional de sus profesionales, así como del curso de las posibles intervenciones con personas y colectivos en los diferentes ámbitos; siendo aún más compleja su consideración, en el ámbito de la salud mental, en el que el papel del arte se ha tenido en cuenta más como un medio expresivo, de carácter mediador u ocupacional pues tradicionalmente:

El arte, cuando ha aparecido en ámbitos psiquiátricos, ha sido y sigue siendo en la mayoría de los casos un instrumento al servicio de diferentes formas de trabajo terapéutico. Con esto no quiere decirse que la actividad artística no se encuentre presente en cierto número de instituciones psiquiátricas, sino que no aparece como práctica terapéutica específica, con unos objetivos y metodología propios, sino que lo hace casi en todos los

casos como coadyuvante o reforzador de otras formas de intervención.
(*Ibíd.*)

Siempre fue por tanto un motor y sigue siendo, la necesidad de ahondar en la identidad profesional en el ejercicio del y de la arteterapeuta, como una vía para la consolidación profesional de una disciplina cada vez menos desconocida y nueva en nuestro país, pero que adolece sin embargo de una firme estructura que consolide su presencia en las instituciones en las que se integra, lo que sitúa a los profesionales frente a un reto al que se debe responder con cierta premura en aras del esclarecimiento de los límites y alcances de la disciplina, en relación con otras. Como en su día enunciaba la investigadora en su trabajo para la obtención de la suficiencia investigadora:

Desde mi realidad como arteterapeuta: el trabajo con los colectivos y la dificultad para desarrollarlo me llevan a centrar la atención desde mi propia mirada como arteterapeuta sobre la propia práctica de la intervención arteterapéutica en el ámbito clínico (frente a la mirada de los otros profesionales). (Serrano, 2010)

Resulta pertinente matizar ahora las palabras “frente a ellos” para sencillamente acercarlo a ellos, al trabajo conjunto, coordinado y en función de unos objetivos comunes de intervención, dentro de un marco institucional que les dé sentido. Se impone así la necesidad de fortalecimiento de la identidad profesional del y de la arteterapeuta, marcada frecuentemente por una cierta inseguridad, una falta de arraigo en la comunidad y una falta de un marco de entendimiento conceptual común con los compañeros y compañeras profesionales, etc., para así potenciar su alcance y desarrollo, mejorando y ampliando el conocimiento de nuestra labor y aporte, de cara a la inserción laboral en las instituciones.

En el marco específico de la intervención con niños, niñas y adolescentes, el arteterapia ofrece una manera, una posibilidad para la persona, de ser en el espacio y tiempo de creación, puestos al servicio de la mejora personal y el cambio terapéutico. Les permite crear formas propias, a través de un lenguaje único y personal, que no se limita al registro verbal y que les ofrece caminos de

exploración y continuidad hacia la vida, hacia la salud y hacia el reconocimiento de quiénes son. Señala Rodríguez que el arteterapia permite a los y las adolescentes:

Estructurar y reestructurar, avanzar en el proceso de subjetivación, pensar la vida como un proyecto, resolver la infancia y sus identificaciones, salir afuera, generar nuevos espejos en los que mirarse, nuevos ideales, qué queda de lo que pasó, qué permanecerá de lo por venir... Pasado, presente y futuro, la transtemporalidad, convocada para, paradójicamente, dar dimensión y tiempo a la tarea fundamental de generar identidad. (Rodríguez, 2009, p. 57)

Para avanzar en este camino, para seguir ofreciendo un modelo de intervención que es adecuado para el trabajo con los niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental, y extensible a otros marcos de realidad, sigue surgiendo la necesidad de hacerse preguntas desde la investigación clínica, evidenciada en la observación de la propia práctica. Se reformulan para ello algunas de las preguntas que originaron el curso de esta investigación:

- Teniendo en cuenta la menor trayectoria del arteterapia como disciplina en nuestro país y la falta de un corpus metodológico propio fundamentado de forma sólida en la investigación doctoral y clínica, ¿cómo puede el arteterapia insertarse en el sistema público y privado de salud para la atención a los niños y adolescentes en el ámbito de la salud mental?
- En la realidad de las experiencias existentes, ¿con qué dificultades nos encontramos frente a los demás profesionales en los dispositivos interdisciplinarios que puedan estar favoreciendo o frenando este proceso?

Por todo lo mencionado hasta ahora, en España parece evidente que dicha búsqueda de respuestas debe ser realizada en gran medida por los y las arteterapeutas profesionales, en una puesta en acción que supone “actuar, tomar iniciativa, comenzar, poner algo en movimiento, vivir insertado en el mundo, mundo en el que están presentes otros”. (López, 2010)

Ser profesional conlleva un ejercicio de continuidad, que le permita ajustar su saber a las necesidades derivadas de la práctica, contemplando “así la necesidad

ética de una interrogación ética acerca de su práctica” (*Ibíd.*). Las universidades que ofrecen programas de formación en arteterapia, deben a su vez ajustar los contenidos curriculares al desarrollo teórico-metodológico específico de cada uno de los contextos en los que se implanta, siendo después (y a falta de un colegio profesional que les acoja) estas mismas instituciones, así como las asociaciones profesionales, otras entidades y los y las propias profesionales, quienes han de procurarse una formación en continuidad, acorde a la realidad cambiante, heterogénea e integradora, de los grupos, los colectivos y las personas con quienes desarrollan su trabajo.

Es por todo ello importante que los y las profesionales que intervienen (base para el marco teórico) realicen una formación continua entendida como: intercambio de experiencias a través de sesiones clínicas, formación específica, supervisión, trabajo terapéutico personal, creación de grupos de trabajo e investigación en red, etc. La investigación en arteterapia no debe limitarse así únicamente al ámbito doctoral, de base fundamental para el objetivo que perseguimos, sino que debe además ser parte de la formación continua desde la propia clínica, para responder a las demandas que se derivan de las intervenciones. Se entiende así que:

Como responsabilidad, los y las arteterapeutas deben ser capaces de evaluar e identificar las mejores evidencias de sus prácticas para que otros profesionales puedan también acceder a esos conocimientos y a su vez ayudar a la mejora de las competencias en arteterapia. (*Ibíd.*)

Más allá de la naturaleza de la investigación que se desarrolle y que viene determinada por la hipótesis, tema o pregunta (bien sea así considerada investigación cualitativa o cuantitativa), debemos entender su necesidad y la necesidad de una búsqueda de rigor y solidez en lo que hacen los y las profesionales arteterapeutas, más allá de lo científico, verdadero, positivista o previsible. En ese sentido se aborda algo que tiene que ver con una posición epistemológica sobre la investigación, y sobre como el pensamiento, y con ello, la ciencia del arteterapia, se desarrolla como ejercicio de reflexión sistematizada.

Es habitual la existencia de prejuicios (una especie de currículo oculto) de otros profesionales hacia el arteterapia, una disciplina que se mece entre el rigor y la intuición, y cuyo aporte es valorado positivamente por las personas con quienes los y las arteterapeutas desarrollan una intervención directa, así como por el resto de profesionales con quienes trabajan. En el trabajo ya citado de DEA la investigadora señala que:

Es difícil definir qué ocurre en arteterapia, si es bueno o no para los pacientes, si es una intervención terapéutica, si los profesionales estamos preparados, si la formación es adecuada o suficiente para cubrir todos los ámbitos que estamos tratando de abarcar, pero es indudable que el arteterapia hace una aportación significativa que posibilita cambios subjetivos y favorece el trabajo en los procesos terapéuticos clínicos (Ibíd).

En las conclusiones de las mesas de debate desarrolladas por ámbitos (salud mental, educación, geriatría y grupos con exclusión social) durante la *I Jornada de Arteterapia FEAPA* celebrada en Barcelona en el año 2008, ya se mencionaba de forma expresa que se necesita una definición de los “roles” de arteterapeutas profesionales especializados en los diferentes ámbitos y su posible compatibilidad con los equipos específicos de trabajo institucional; dado que actualmente se da una dinámica de aislamiento que no propicia ni el trabajo del arteterapeuta ni el progreso del paciente. Además, se ponían en común y visibilizaban por primera vez, aquellos aspectos que redundan en la inseguridad y falta de rigor en el trabajo arteterapéutico, como son la sensación de falta de “credibilidad” de cara al profesional arteterapeuta, el desconocimiento sobre el funcionamiento del arteterapia en salud mental, lo que lleva a equívocos sobre el “rol” del arteterapeuta y a la mala práctica por parte de profesionales; la falta de definición en la estructura de funcionamiento con los demás profesionales del medio, ya que la conexión con ellos hace posible la realización del trabajo del arteterapeuta en condiciones adecuadas; la necesidad de una formación específica relativa al ámbito para un verdadero trabajo de equipo; y la necesidad de aportaciones metodológicas para atender la diversidad patológica de los pacientes.

Un año más tarde, durante el *I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA*, "Las voces de la profesión y sus campos de intervención", celebrado en Gerona en el año 2010, los profesionales reclamaban en las mesas de debate la necesidad del diseño de herramientas propias de investigación ajustadas a la práctica profesional, así como el arteterapeuta Janek Duwosky, entonces presidente del *Consorcio Europeo para la Formación en Arteterapia (ECARTE)* señalaba en su ponencia *Arts Therapy for the 21st Century* la importancia de esclarecer los nuevos retos de la materia en el campo de la investigación, la necesidad de un contenido de rigor (no delimitado a lo científico) que aporte solidez a la profesión y establezca unas bases de trabajo que a su vez se retroalimenten de las aportaciones futuras (doctorados en arteterapia). Decía que aún en ese momento en lugar de buscar nuestro propio lenguaje y teorías dentro del arteterapia, nos dedicamos a importar de otras disciplinas. Seguimos atascados en el siglo XXI y nuestro reto es el de desarrollar nuestro propio lenguaje y teoría, así como el de dar la necesaria importancia a la investigación que aporte pruebas para la eficacia de nuestras intervenciones. Para la búsqueda de esa solidez, el objetivo sería llegar a un 10% de arteterapeutas doctorados, lo que equivale a 1 o 2 personas por promoción. (Dubowski, 2010)

Nadia Collette (2010) hacía énfasis en ese debate en la necesidad de definir como arteterapeutas "¿qué es y a qué llamamos investigación?" para dotar de rigor a aquello que se hace tanto desde enfoques cuantitativos como cualitativos, buscando la metodología más adecuada a la hipótesis, tema, pregunta, etc. Según la arteterapeuta, "el método científico y partes de él nos puede acercar a otros profesionales. A veces, decir lo mismo, puede aportar fuerza". Ella se define como arteterapeuta integral holística y colabora como tal en un equipo interdisciplinar de cuidados paliativos en Barcelona desde hace años. Ha diseñado una investigación en el estudio de Intervención pre-post DATA en la que incluyen a los pacientes, los cuidadores principales, así como al equipo sanitario. Según ella "los estudios de investigación experiencial en arteterapia equivalen al 3,7% de las publicaciones relacionadas", y sostiene que "el paradigma científico nos aporta, y nosotros a él para humanizarlo y transformarlo". (Collette, 2010)

Para concluir esta introducción, lo que las voces profesionales en arteterapia hacen parecer evidente es que lo verdaderamente necesario es la

búsqueda de modelos en que no se valore sólo “lo concreto” (enumerar para objetivar) y para ello, la creación de herramientas de investigación adaptadas a las necesidades derivadas de la práctica del arteterapia, tanto desde lo cuantificable como desde lo cualitativo. Porque los arteterapeutas ya no podemos esperar, como lo hicieron las generaciones anteriores, que su convicción de que el arteterapia funciona sea considerada cierta. Tal y como señala Gilroy, “los arteterapeutas tienen que evaluar su trabajo para aumentar su credibilidad profesional y preservar y crear empleos”. (Gilroy en Edwards, 2014, p. 138)

Como referente en el campo de las terapias artísticas en España, los musicoterapeutas han seguido un proceso similar unos años atrás y de su experiencia se extraen algunas conclusiones. Las musicoterapeutas Patricia Sabbatella y Melissa Mercadal concluyen que:

La Musicoterapia en España tiene 60 años de historia y una década de estabilización de la formación universitaria de musicoterapeutas. El momento actual demanda estudios que describan, objetivamente, la situación profesional y el grado de integración laboral a fin de contar con los datos necesarios para reivindicar el reconocimiento profesional de la Musicoterapia en el área de las Ciencias de la Salud y de la Educación. (Sabatella y Mercadal, 2014, p. 10)

Recientemente se ha publicado la noticia de que la musicoterapia se implanta como terapia complementaria en Extremadura, donde gracias a un convenio entre el *Servicio Extremeño de Salud* (SES) y la *Asociación Extremeña de Musicoterapia* (AEXMU), los hospitales contarán con musicoterapeutas para el tratamiento de los pacientes. Dicho convenio tendrá una duración de dos años y medio, y trata de apoyar a los profesionales formados en la comunidad para la atención en hospitales a personas ingresadas con movilidad reducida, atención en unidades de hemodiálisis, neonatos, cirugía, oncología, cuidados paliativos y psiquiatría.

Lo más significativo de la noticia es la firmeza con la que el gerente del SES, Joaquín García Guerrero, señala que “el objetivo es mejorar, a través de la música,

el bienestar emocional y estado de ánimo de los pacientes ingresados y de sus familiares, favoreciendo un ambiente más confortable y relajado durante su estancia en los hospitales”, destacando que “la musicoterapia será un servicio más para los pacientes ingresados en los centros de la región, para que se convierta en una terapia complementaria en los tratamientos para la salud”. (García, 2015)

La noticia ha sido publicada en diferentes medios y en ellos, el gerente se refiere al reconocimiento de la disciplina en la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) como “un tratamiento que aporta beneficio al binomio salud-enfermedad. Todo ello teniendo además en cuenta que se trata de un instrumento de cuidados muy económico y carente de efectos secundarios”. (OMS, 2015) Sobre la viabilidad económica de la incorporación de las terapias artísticas, la investigadora ha sido recientemente preguntada en una entrevista y señala que “para el propio encuadre de la terapia, es deseable contar un espacio que permita el movimiento y la manipulación de los diferentes materiales artísticos”, pero que “una vez tenemos un espacio adecuado, los materiales suponen una primera inversión, y hay que mantenerlos, pero no supone un gasto tan grande como pueda parecer y desde luego no lo es en comparación con el beneficio que reciben los usuarios”. (Serrano, 2015)

Preguntaba en términos de beneficios sobre la aportación de un dispositivo de atención integral a niños y niñas en un Hospital de Día de Salud Mental, y en concreto sobre los beneficios de atender a sesiones de arteterapia en ese contexto, la arteterapeuta afirma que

En un protocolo de atención integral, el beneficio es precisamente esa atención integral y mirada global. Desde mi experiencia y lo que recibo desde otros profesionales es que el Arteterapia ofrece un lugar de gran libertad sin llegar a lo caótico: libertad para crear, para ser, jugar dentro de lo artístico, una dimensión que trasciende a lo verbal. El principal beneficio es emocional, es decir, la integración emocional de sus vivencias, expresión, comprensión, etc. Y que esto les permita continuar con sus vidas de una forma más saludable y adaptativa. (Serrano, 2015)

Pero no solo los referentes estatales arrojan luz en el camino a seguir. En 2013, el título del *V Congreso del Mercosur y IV Congreso Latinoamericano de Arte terapia*, desarrollado en la universidad de Buenos Aires por el posgrado de arte terapia del *Instituto Universitario Nacional del Arte*, fue “campo de conocimiento - transdisciplinariedad, campo de acción-interdisciplinariedad”. Resulta muy significativo como enfoque para esta investigación.

El objetivo de este trabajo es pues ahondar en los parámetros para la integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios, desde un marco teórico que comprende la interdisciplinariedad y otras maneras de relación e intercambio profesional en los equipos, en el contexto específico de la intervención clínica, con especial foco en la salud mental con niños, niñas y adolescentes; y un marco práctico que hace zoom y da muestra del trabajo realizado por la investigadora en dos hospitales de día para el abordaje de patologías mentales graves con este colectivo.

De su descripción y análisis se desprende un modelo de trabajo y coordinación interdisciplinar que puede servir como referencia para la estructuración de los equipos de trabajo de los que los y las arteterapeutas sean parte. Se han utilizado para ello, métodos como la observación participante descriptiva, que acompañan la necesidad de comprender lo existente alrededor en el sistema del que pasan a ser parte.

A su vez, ofrece una cartografía de realidad que trata de visibilizar las experiencias de trabajo e integración en equipos interdisciplinarios en los profesionales españoles y no españoles, se hallan inmersos. Para ello, se han desarrollado entrevistas a arteterapeutas en ejercicio que han brindado generosamente sus valoraciones, apreciaciones y experiencias.

Cada una de las tres etnografías incluidas en el marco empírico, dan cuenta de tres experiencias desarrolladas por la investigadora como arteterapeuta en ejercicio profesional, con una mayor y menor duración en cada caso. Dichas etnografías han permitido observar parámetros viables y deseables para la

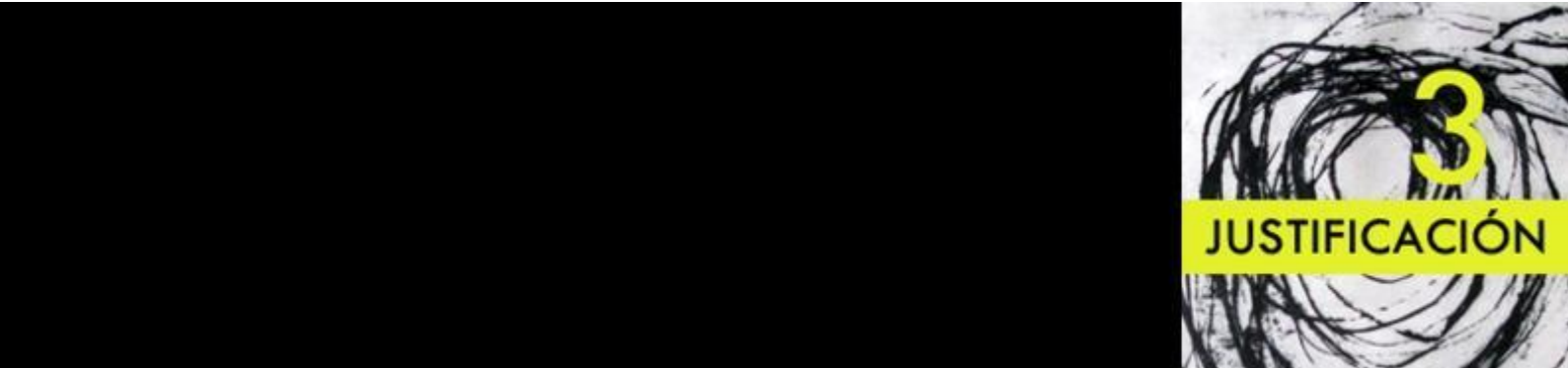
integración efectiva del arteterapia en el abordaje integral de los chicos y chicas con los que se trabaja.

En aquellos casos en que no ha sido viable la continuidad, dos de las tres etnografías, se ha entendido la experiencia y con ello la etnografía como una experiencia de fracaso y construcción, que llamaremos en adelante “experiencias de fracaso constituyente” (término al que llega la investigadora en Abril de 2012 a partir de un seminario sobre metodología de investigación impartido por el profesor Fernando Hernández en la *Universidad Complutense de Madrid*).

Del análisis de la experiencia extraeremos las conclusiones oportunas que se recogen en dicho apartado, con el objetivo de que puedan ser tenidas en cuenta por futuros investigadores en la materia y en el campo.

Todas estas experiencias persiguen construir un mapa de realidad, por ahora parcial, que puede completarse en las vías de continuidad para esta investigación, tanto en el ámbito de la salud mental, como en los ámbitos restantes: educativo, social y hospitalario.

Dicha cartografía se constituye en el hacer, y no tiene sentido desde una posición individual o aislada del y la arteterapeuta profesional.



3. Justificación

3.1 Preguntas de investigación.

Teniendo en cuenta la trayectoria seguida en el planteamiento de esta investigación, el punto de partida y el análisis de realidad realizado en el capítulo que nos sirve de introducción, cabe preguntarse:

- ¿Puede el arteterapia integrado formalmente en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, generar un enriquecimiento en la mejora bio-psico-social de los niños y adolescentes implicados?
- ¿Cómo puede el arteterapia integrarse en los equipos interdisciplinarios en el sistema público y privado de salud para la atención a los niños y adolescentes en el ámbito de la salud mental?
- ¿Supone dicha integración un avance en los equipos psicoterapéuticos de salud mental?
- ¿Es la interdisciplinariedad la metodología adecuada para dicha integración, acorde a la naturaleza del arteterapia como disciplina?
- ¿Cuál es la realidad de la integración de los arteterapeutas profesionales en las instituciones o espacios de trabajo en la actualidad?
- ¿Sirve la observación y análisis de las experiencias clínicas de trabajo de los arteterapeutas en equipos interdisciplinarios para la mejor comprensión de dicha realidad de las que extraer un modelo de integración viable y eficaz?
- ¿Con qué dificultades se siguen encontrando los profesionales arteterapeutas frente a los demás profesionales en los dispositivos interdisciplinarios que puedan estar frenando este proceso?
- ¿Qué fortalezas y debilidades presenta el arteterapia y los arteterapeutas en relación con el resto de disciplinas que forman los equipos interdisciplinarios en salud mental en la actualidad?

- ¿Podemos señalar algún aporte significativo del arteterapia a la atención integral de los pacientes en la clínica infanto- juvenil en el ámbito de la salud mental?

3.2 Hipótesis general.

La hipostesis general que sustenta la investigación sostiene que: “El arteterapia integrado formalmente en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental infanto juvenil, supone un enriquecimiento en la mejora bio-psico-social de los niños y adolescentes implicados”.

3.2.1 Sub-hipotesis 1

La consolidación profesional del arteterapia en España enriquece los equipos psicoterapéuticos de salud mental.

3.2.2 Sub-hipótesis 2

Las experiencias clínicas y su análisis multidisciplinar ofrecen un modelo para la integración y desarrollo metodológico del arteterapia en los equipos interdisciplinarios.

3.2.3 Sub-hipótesis 3

Las valoraciones y testimonios de los profesionales son una fuente primaria necesaria para la comprensión de los elementos y factores que definen dicho modelo de intervención desde el arteterapia integrada en los equipos interdisciplinarios en el marco de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil.

3.2.4 Sub-hipótesis 4

El proceso de integración de los profesionales arteterapeutas en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental conlleva un proceso de

vinculación profesional e investigadora que evoluciona en fases, en las que ciertos indicadores permiten observar indicios de buen o mal pronóstico.

3.2.5 Sub-hipótesis 5.

La metodología cualitativa de investigación se define como la metodología más adecuada para evaluar los beneficios del arteterapia en el marco de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil.

3.2.6 Sub-hipótesis 6.

La metodología cualitativa de investigación permite detectar fortalezas y debilidades del arteterapia en relación con el resto de disciplinas presentes en los equipos interdisciplinarios, que pueden apoyar y ampliar la intervención con los niños y adolescentes hacia una mejora bio-psico-social, dejando ver a su vez las necesidades para la formación continuada y ajuste del perfil profesional de los arteterapeutas.

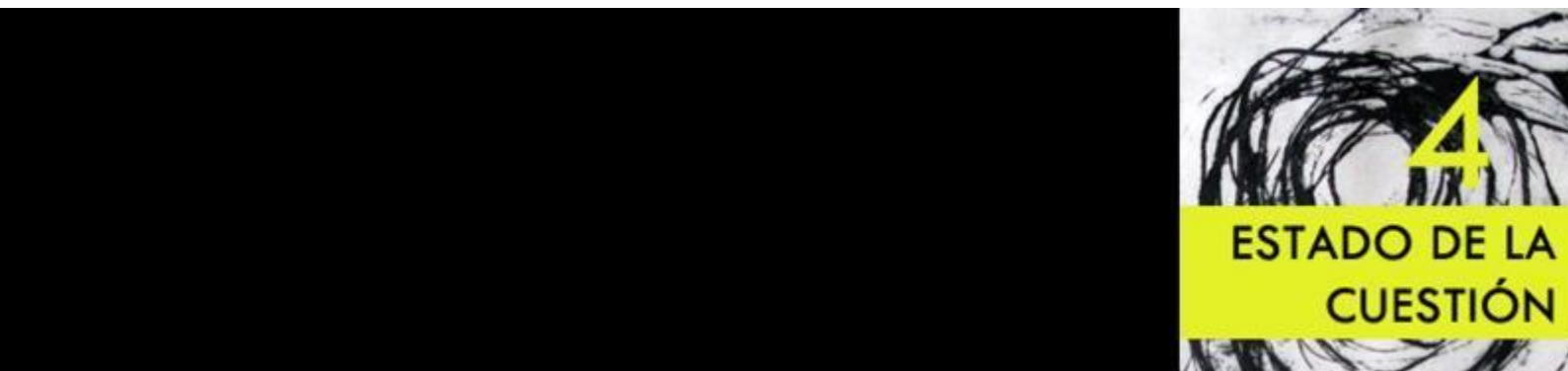
3.3 Ejes temáticos de la investigación

En función de las preguntas formuladas, así como del análisis del contexto del que nace la investigación, se establecen unos ejes temáticos que articulan el proceso y las fases de la misma.

Dichos ejes temáticos nos ofrecen caminos para la comprensión de la realidad observada y el análisis de los elementos en ella presentes. Estos son:

- La interdisciplinariedad como metodología de trabajo entre profesionales.
- La concepción de la terapia y del arteterapia por parte de los diferentes profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios.
- El diseño y reformulación de objetivos para la intervención terapéutica y arteterapéutica en el trabajo interdisciplinar.

- Las similitudes y diferencias en el diseño y comprensión del encuadre entre los arteterapeutas y el resto de profesionales.
- La metodología de intervención y los factores que se consideran favorables o desfavorables para un mejor logro de los objetivos terapéuticos.
- El proceso de vinculación del equipo terapéutico: fases, roles y elementos fundamentales.
- La comunicación, la confianza y la confidencialidad en el equipo interdisciplinar.
- La importancia de la obra para el trabajo con el equipo y en relación con el proceso arteterapéutico.
- El tipo de triangulación en el trabajo en equipo y análisis de datos a partir de ello.
- El cuestionamiento de los mejores resultados o no, en función del trabajo interdisciplinar del equipo.
- La concepción de la salud mental infanto juvenil en el marco institucional clínico en España.
- La aportación del arteterapia a la mejora bio-psico-social de los niños y adolescentes en aquellos espacios donde existe un equipo interdisciplinar con la figura de un arteterapeuta integrada.



4. Estado de la cuestión. Antecedentes

4.1 Experiencias previas de intervención e investigación en el campo en el ámbito internacional.

Ya en la introducción a esta investigación se mencionó el referente de la integración del arteterapia en el *Sistema Nacional de Salud Inglés* (NICE, *National Institute for Health and Care Excellence*) en Gran Bretaña, como un modelo del que partir en nuestra realidad estatal.

En los dispositivos de atención a la salud mental infanto juvenil se incluyen entre los tratamientos que prescribe las terapias artísticas, con mención específica al arteterapia en el abordaje de determinados cuadros clínicos en los niños, niñas y adolescentes, como el desorden de estrés postraumático, la depresión, la psicosis o la esquizofrenia.

De forma específica en el abordaje de la psicosis y esquizofrenia, en la guía redactada al efecto, en el apartado referente a las intervenciones psicológicas y psicosociales, incluye “la consideración de las terapias artísticas (por ejemplo, danza movimiento terapia, drama, música o arteterapia) en todos los casos de niños, niñas y adolescentes con psicosis o esquizofrenia, en concreto en la disminución de los síntomas negativos”.

Respecto de la indicación del tratamiento se aclara que puede comenzarse “tanto en su fase aguda como posteriormente, incluyendo la hospitalización”. Y añade un aspecto significativo ya que de ser consideradas, “las terapias artísticas deben ser asistidas por profesionales arteterapeutas registrados, con experiencia en el trabajo con niños, niñas y jóvenes que sufren psicosis o esquizofrenia”.

La guía añade algunas consideraciones sobre el encuadre y metodología de intervención, priorizando la intervención grupal a menos que existan dificultades de aceptación y compromiso o aspectos significativos a tener en cuenta y valorar en el caso específico. Igualmente es de relevante interés el enfoque explicitado en la guía sobre el modelo a integrar, señalando que “las terapias artísticas desde este

planteamiento deberán combinar técnicas psicoterapéuticas con actividades dirigidas a la promoción de la expresión creativa, generalmente no estructuradas y conducida por el o la menor”. (NICE, 2015)

Para concretar y protocolarizar aún más el dispositivo arteterapéutico, señala los objetivos que la intervención desde las terapias artísticas debiera incluir:

- Permitir a los niños, niñas y adolescentes con psicosis o esquizofrenia, experimentarse a sí mismos de manera diferente y que desarrollan nuevas maneras de relación con los otros.
- Ayudar a los niños, niñas y adolescentes a expresarse y a organizar sus experiencias en una forma estética satisfactoria.
- Ayudar a los niños, niñas y adolescentes a aceptar u comprender los sentimientos que emergen del proceso creativo (incluyendo, en algunos casos, el modo en que acceden a estos sentimientos) en un ritmo adecuado a ellos.

La publicación de estos modelos protocolarios de atención suponen un hito de referencia a nivel internacional. Pero a ellos se llega tras un largo recorrido en los campos formativo, práctico y de investigación, que han permitido a los profesionales mostrar los resultados alcanzados desde el arteterapia que justifican su integración.

Pero el ámbito anglosajón no es el único, aún cuando no nos ciñamos al ámbito de la salud mental. De hecho, el ámbito hospitalario es uno de los más prolijos en cuando a experiencias de inclusión del arteterapia, tanto con niños y adolescentes, como con adultos. Así, Rico señala que “la lista de hospitales en los que se trabaja en arteterapia es muy larga y, además, su implantación data de hace mucho tiempo. Algunos de los más antiguos se encuentran muy próximos a nuestro contexto cultural, como los argentinos”. (Rico, 2009, p. 27)

En Argentina se desarrolla desde 1997 un taller de Arteterapia coordinado por la arteterapeuta Adriana Farías en el Hospital Psicoasistencial

Interdisciplinario “con pacientes cuyos diagnósticos son de esquizofrenias, trastornos graves de la personalidad, estables y con capacidades de autonomía, más o menos preservadas”. (Farías, 2007, p. 200). Del proyecto su coordinadora señala que:

Existen cuestiones que plantearé desde diferentes definiciones tratando de dar cuenta de aquello que conforma nuestro marco teórico que considero en construcción constante: preguntándonos, contestándonos y volviéndonos a preguntar. Por ello, actualmente se encuentra en proceso de elaboración el proyecto de investigación “Aportes para la construcción del marco teórico del espacio del arte con objetivos terapéuticos. Hacia una redefinición de Arteterapia en la educación universitaria; en el marco del Programa de incentivos a docentes-investigadores del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología de la República Argentina para el período 2007/2009. Este trabajo dirigido por la Prof. Cristina Árraga (docente del Posgrado) y codirigido por quien suscribe, cuenta con la participación de docentes del Posgrado y alumnos avanzados del mismo”. (*Ibíd.*)

Dicho proyecto se enmarca y se desarrolla en la conceptualización de la interdisciplina como metodología eficaz de trabajo, por lo que se establece como referente incuestionable para esta investigación. Así, Farías (2013) señala que:

Las Reuniones de Equipo tiene carácter obligatorio, todo el Plantel de Hospital de Día debe estar presente los miércoles de 9 a 11 hs. La práctica interdisciplinaria se produce en el intercambio de observaciones de cada Profesional participante en la Reunión de Equipo. Compartimos las diferentes experiencias, y vamos desde la circularidad constante, creando un esquema referencial común que define nuestro estilo y nuestras acciones. De acuerdo a nuestra trayectoria decimos que la interdisciplina es: Un trabajo Grupal, es poder aceptar la multireferencialidad teórica en abordaje de los problemas, sin perder la especificidad de cada disciplina, ni el rol de cada una de ellas en el equipo. La interdisciplina no es una teoría unívoca, es un posicionamiento. Requiere de un trabajo constante y sostenido. (Farías, 2013, Pendiente de publicación)

Además, ha integrado un proyecto específico de evaluación de la docencia en la práctica de los arteterapeutas que acoge durante su formación. Este elemento es tenido en cuenta como referente a contemplar por las formaciones universitarias españolas. Así contempla que:

Construir un instrumento de evaluación de las prácticas genera por ejemplo la posibilidad de poner en cuestión el impacto social en forma sistematizada en nuestro contexto: socio-político-cultural latinoamericano.

La intención no es llegar a una estructura definitiva sino a un marco desde donde alcancemos mayores precisiones en una disciplina joven. [...]

Me gusta pensar y compartirlo en este ámbito, que esta disciplina a mi humilde entender, se ha generado y permanece como una interrupción. Una interrupción que crece y se nutre en las complejidades contemporáneas, con la práctica, ya que básicamente lo es, y en forma transdisciplinar en su marco teórico.

Saber y conocer más para valorar esta disciplina como espacio de creación, espacio de producción pero sobre todo como espacio de encuentro. (*Ibíd.*)

Rico (2009) añade que esa red de hospitales se extiende por el mundo y cita algunos de los pioneros en los que se llevan a cabo investigaciones. No es necesario señalarlos uno a uno, pero sí mencionar que se distribuyen en países como Estados Unidos, Canadá, Brasil, Francia, Noruega, Gran Bretaña y como ya se ha señalado, Argentina.

Estados Unidos ha sido otro de los países pioneros en las experiencias de integración del arteterapia, así como de investigación. Sin embargo, propone su desarrollo desde una línea diferenciada que ha prestado mucha atención a la recolección y evaluación de datos, así como al diseño de test y escalas fundamentalmente proyectivas, tales como el *Diagnostic Drawing Series* (DDS) (Mills et. al., 1993, en Edwards, 2004-2014, p. 137), aplicables al ámbito clínico y fundamentadas en posiciones más interpretativas. Tal posicionamiento difiere en determinados aspectos de la posición mantenida en Inglaterra y en España, si bien son de reseñable valor y es oportuno comentarlas pues la consolidación

profesional de los arteterapeutas en Estados Unidos dista mucho de la realidad española y es a su vez un referente a cotemplar.

La arteterapeuta Cathy Malchiodi aunó diversas experiencias en su libro *Handbook of Art Therapy*, editado en 2003. Uno de ellas refiere a la experiencia de William Steele en un programa de intervención e investigación con niños desarrollado en el *National Institute for Trauma and Loss in Children* (TLC). Tal y como señala el autor:

La investigación ha demostrado una reducción significativa en todas las categorías de reacción al trauma, en todas las categorías contempladas en el DSM-IV. [...] Se observó dicha reducción en los casos más graves (Trauma Tipo 2) así como en los menos graves (Trauma Tipo 1). (Steele, 2003, p. 139)

Es significativo señalar para esta investigación que los resultados “no solo se sustentaron en los niños que participaron en la actividad, sino en los test pre- y post-, y el seguimiento trimestral y la evaluación de los padres”. Y el objetivo último era “diseñar un programa a implementar por los profesionales en las escuelas y del ámbito de la salud mental”. (*Ibíd.*)

Muchas otras experiencias suponen referentes suficientes como para justificar y sustentar el desarrollo de la presente investigación de Tesis, así como otras de índole nacional.

En el 2009 la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) realizó el *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis* y en el mismo año el Ministerio de Sanidad y Consumo de España diseñó la *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* y la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. En estos documentos se desarrollan de manera minuciosa y profunda aspectos relevantes acerca de la psicosis, resaltando especialmente la esquizofrenia y la parte de tratamiento. En estas guías se mencionan las terapias artísticas o expresivas como recomendación de tratamiento de esta condición. Supone un antecedente fundamental para el desarrollo de esta investigación.

4.2 Experiencias previas de intervención e investigación en el campo en el ámbito estatal.

Desde que en 2010 la investigadora defendiera el trabajo de suficiencia investigadora, ha mantenido el contacto con la realidad formativa, asociativa y profesional del arteterapia de una manera activa y comprometida, concluyendo una vez más que no existen abundantes referentes en la investigación de la interdisciplinariedad como vía específica para la integración y consolidación del arteterapia en el ámbito clínico institucional en España.

Se encuentran, sin embargo, abundantes referencias a ella en artículos específicos sobre intervención clínica desde el arteterapia, la psicología, la psicoterapia, la psiquiatría, la educación, el arteterapia, etc, no tanto como objeto de análisis del propio artículo, sino como naturaleza del marco en el que se diseña y desarrolla dicha intervención.

Los y las diferentes profesionales arteterapeutas hacen referencia a esta forma de trabajo como realidad de la que son parte, sin llegar a profundizar en ello como aquel elemento que puede significar un cambio en el proceso de mejora de los pacientes con los que trabajan.

Se mantiene la idea de una probada existencia y repercusión positiva de la interdisciplinariedad en los mencionados contextos, si bien resta seguir ahondando en los parámetros que determinan dicha metodología, para establecer pautas y protocolos de actuación, evaluación, investigación y mejora, en relación con ella desde el arteterapia.

En ese sentido, la considerada juventud del arteterapia como profesión en España demanda un cuerpo teórico y metodológico que fortalezca su identidad, y que por su naturaleza y trayectoria, debe extraerse de un proceso profundo y diferenciado en fases complementarias de reflexión (pensamiento) – acción (práctica), que retroalimenten fases posteriores de reflexión (pensamiento en relación con la acción) y acción (práctica que incorpora los hallazgos y conclusiones derivadas del proceso). Dicho proceso se entreteje como una maraña

orgánica y desigual de hilos conductores de reflexión y pensamiento integrados, que generan un flujo constante de retroalimentación del arteterapeuta en su práctica que quedaría reflejado en el siguiente esquema:

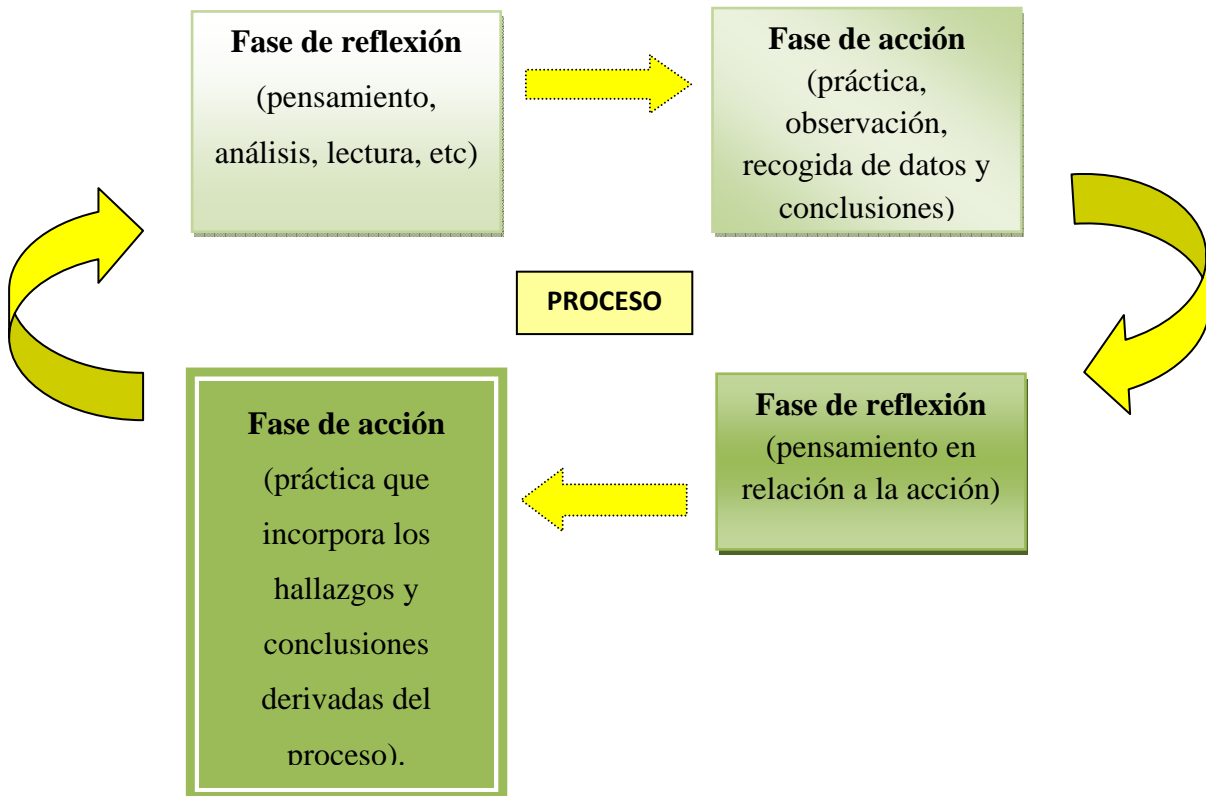


Figura 4-1. Serrano, A. (2015) Mapa visual del proceso reflexión-acción para el desarrollo de un cuerpo metodológico en arteterapia.

La práctica del arteterapia se desarrolla habitualmente en estructuras multidisciplinares en las que como disciplina ocupa un lugar, con unas determinadas posibilidades de acción, y unas limitaciones intrínsecas a la práctica, siendo el papel de los profesionales que intervienen en el propio contexto de investigación, el observar y analizar estas experiencias en relación con otras posibles, para poder establecer como conclusión cuál es la vía más adecuada para la integración de la disciplina en los diversos equipos. Según Izuel y Vallés:

La idiosincrasia de una profesión que desarrolla sus prácticas de forma individual –aunque se trabaje dentro de un equipo–, hace necesario configurar proyectos de investigación sustentados en redes de investigadores y/o en equipos de trabajo para que las ideas y las hipótesis individuales se catalicen y conceptualicen en el seno del equipo y que permitan nuevos conocimientos sustentados en el diálogo, la discusión y la construcción compartida de conocimientos científicos y no solo reservados a la atención del profesional o de reducidos colectivos. (Izuel & Vallés, 2012, p. 25)

De las experiencias de arteterapia en el ámbito clínico en España, se pueden rescatar algunas de larga duración que albergan proyectos de investigación ligados a su desarrollo práctico. Entre ellas se señalan el proyecto de arteterapia en el *Hospital de Día Puerta de Hierro*, coordinado por la arteterapeuta María del Río Diéguez; el proyecto de arteterapia en el *Hospital de Día Infanta Leonor*, coordinado por la arteterapeuta Mónica Cury Abril y recogido en el siguiente punto como antecedente para la presente Tesis (y por facilitar la primera de las etnografías que se recogen para el desarrollo empírico de esta investigación); y el proyecto de arteterapia coordinado por la investigadora que se desarrolla desde junio de 2012 en el *Hospital de Día San Agustín*, y que alberga la segunda y tercera etnografías, recogidas para el desarrollo empírico de esta investigación.

En palabras de Del Río incluidas en su Tesis bajo el nombre “Creación artística y enfermedad mental”, para la comprensión de la dimensión de la investigación que se propone desde estos proyectos en los que el/a arteterapeuta se integra activamente:

Creemos que este aspecto, el de encontrar una forma clara y operativa en la que registrar la observación, es importante también en las terapias expresivas, por cuanto es la única forma de realizar investigaciones con algunas garantías de fiabilidad y validez, que proporcionen cierta continuidad en el criterio y permitan por tanto una mejor comprensión de la interrelación de los procesos, así como formas de intervención que den cuenta de las posibilidades reales de este tipo de abordajes. No se trata de

demostrar que la actividad artística puede ser terapéutica (algo que creemos está suficientemente probado) sino de señalar que puede convertirse en una vía de abordaje específico. Pensamos que es factible llevar a cabo una forma de terapia cimentada sobre la base de la propia actividad creadora, atendiendo a su proceso y a su lenguaje, de la misma manera que otras formas de comunicación y expresión (como la verbal) lo hacen.

Definimos una metodología de corte cualitativo y observacional, venida de las formas de investigación en educación y en psicoterapia, que se articula sobre la reflexión, el análisis, la observación, y la comprensión de los procesos creadores, del lenguaje artístico, de las estructuras psíquicas y de los procesos terapéuticos, desde una posición epistemológica de orientación constructivista.

Hemos constituido un equipo de investigación que ha ido, poco a poco, adquiriendo consistencia, y que se encuentra formado por: una arte terapeuta, una psiquiatra, el equipo médico del centro, una estudiante en prácticas del master de arte terapia, y en la actualidad una psicóloga.

La información que se recoge en estas páginas no es, por lo tanto, sino el fruto de un proceso de construcción que ha ido cobrando significado y encontrando su lugar en cuanto a forma de intervención terapéutica con no pocas discontinuidades; yendo y viniendo por los intrincados lugares que son, sin lugar a dudas la expresión, el arte, el psiquismo y la enfermedad. (Del Río, 206, p. 240)

Existen otros proyectos de larga duración que no aparecen ligados, hasta donde la investigadora conoce en el momento de redacción de esta memoria, a proyectos de investigación específicos como son: el proyecto de arteterapia en el *Hospital de Albacete*, coordinado por la arteterapeuta Inmaculada Rodríguez Cambroneró; el proyecto de arteterapia en el *Hospital de Valencia*, coordinado por Ana Hernández Merino; el proyecto de arteterapia en el *Instituto Montreal*, coordinado por la arteterapeuta Carmen Menéndez, en Madrid; y el proyecto de

arteterapia en el *Hospital Gregorio Marañón*, coordinado por la arteterapeuta Mar Cobos, entre otros.

De los proyectos mencionados, cuatro son los que atienden de forma directa a niños y adolescentes con problemas de salud mental graves. No significa por ello que no existan otros proyectos de esta índole, pero la investigadora no considera relevante mencionarlos en el marco de este capítulo pues el objetivo es dar cuenta de una realidad existente, la presencia real de arteterapeutas en las instituciones, lo que hace necesaria la regulación efectiva de su práctica.

Si bien, como hemos mencionado, sobre la interdisciplinariedad como eje metodológico no existen investigaciones de carácter específico vinculadas a la disciplina que nos ocupa, sobre la situación profesional del arteterapia en España se han desarrollado algunas experiencias de investigación de Tesis y Trabajos de Fin de Máster, como parte del proceso formativo de los alumnos y alumnas que señalan algunos aspectos relevantes sobre el tema.

Entre ellos, la arteterapeuta M^a Dolores López Martínez trataba de ofrecer en su Tesis una vista panorámica de la realidad de la profesión y concluía que “según los resultados obtenidos, se observa una mayor actividad de la práctica arteterapéutica en la institución pública. Esta tendencia denota interés por parte de las instituciones públicas sobre el ejercicio de esta práctica”. (López, 2009, p. 395)

Por su parte, la arteterapeuta Teresa de Aramburu Gallego señalaba en su TFM algunos aspectos reseñables de la situación profesional del arteterapia en la Comunidad de Madrid, entre los que se considera importante destacar que:

Actualmente, las posibilidades de incorporación laboral e implantación del Arteterapia en centros e instituciones, son fruto de la detección de necesidades y la presentación de proyectos de intervención arteterapéutica sobre dicha población. Nos encontramos en un momento en el que las salidas laborales las creamos nosotros mismos, y en el que la investigación y divulgación de la disciplina se vuelven imprescindibles para lograr el reconocimiento de la misma como profesión. (De Aramburu, 2014, p.47)

Sobre el perfil de los profesionales arteterapeutas, se espera de ellos que dichas intervenciones y proyectos no queden aislados en su contexto, sino que devengan experiencias de generación de conocimiento que permitan sostener la necesidad de dicha intervención clínica como parte efectiva e integral de los tratamientos.

El planteamiento de esta investigación sostiene que esto podrá hacerse solo si contamos con la cooperación, colaboración, apoyo e intercambio, de otros profesionales que atiendan a la misma problemática. Este aspecto es clave también para la investigación en arteterapia y planteamientos similares se encuentran actualmente en otras disciplinas como la medicina en la que nos encontramos con reflexiones que sostienen que:

Frente a la clasificación académica del conocimiento, que favorece la separación y a veces el aislamiento de las disciplinas por razones prácticas de tipo organizativo, en la actualidad se tiende a establecer cauces de comunicación entre disciplinas. Esto se debe a que el avance de un área o campo científico puede depender en gran medida de su capacidad de establecer relaciones con otras áreas, y de interpretar y utilizar conocimientos procedentes de ellas («fertilización cruzada»). Por otro lado, hoy día está claro que algunos de los principales problemas de la sociedad requieren abordajes multidisciplinarios y no pueden ser tratados adecuadamente desde una sola disciplina. (Bordons y Zulueta, 2002, pp. 52-64)

Se encuentran registros frecuentes sobre experiencias de trabajo desde el arteterapia con niños y adolescentes en la hospitalización infantil en España, contextos que conllevan un enorme sufrimiento psíquico ligado a las patologías y procesos de salud-enfermedad. Entre ellos, solo en la Comunidad de Madrid se tiene referencia de la existencia de programas de arteterapia para la atención en oncología pediátrica y la atención a los niños y niñas en unidades de Hemodiálisis en el *Hospital Universitario de La Paz*, la atención a menores en unidades específicas de atención a la conducta alimentaria en el *Hospital Clínico San Carlos*,

el acompañamiento a niños y niñas hospitalizados en la planta de pediatría del *Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda*, etc.

López señala que “los niños que hayan sido hospitalizados frecuentemente o durante mucho tiempo tienen que afrontar tanto una alteración de su ritmo de vida como el impacto emocional que produce la hospitalización, al margen de las demandas que genera su propia enfermedad”. (López, 2005, p. 11). Y se apoya en sus reflexiones en las palabras de Malchiodi (1999a) que señala que:

En arteterapia médica con niños indica las tres principales fuentes de estrés que se han identificado en los pacientes pediátricos: (1) la separación de los padres o cuidadores a través de la hospitalización, (2) la pérdida de la independencia y el control y (3) los temores y ansiedades acerca de procedimientos médicos que pueden causar daño o dolor, y se preocupan por la muerte”. (*Ibíd.*)

Reseñar estas experiencias resulta alentador, pero el desánimo aparece cuando topamos con la realidad de las estructuras económicas y políticas que sostienen estos proyectos a nivel estatal, a menudo inexistentes. Ya en 2009 señalaba Rico que:

Hoy, con las limitaciones presupuestarias de la sanidad, y trabajando desde una disciplina que no tiene tradición, las limitaciones son muy grandes para obtener resultados óptimos, pero aún así, consideramos que el resultado es alentador para el futuro y que deja constancia suficiente de cómo es posible adaptar el arteterapia a la vida de un hospital español con no demasiado esfuerzo por parte de la institución. (Rico, 2009, p. 59)

4.3 Modelo de observación previa: etnografía de un hospital de día con adultos. *Hospital de Día Infanta Leonor*.

Tal y como hemos adelantado en anteriores epígrafes, el recorrido de la investigación se inicia en 2009 en el contexto de un Hospital de Día. Se gestaba

entonces en el *Hospital de Día Infanta Leonor* (Vallecas) una manera de desarrollar la práctica cuyo modelo se basaba en la incorporación del arteterapia en el dispositivo de atención multidisciplinar del centro, con especial atención a pacientes de trauma. Encontró su exponencial manera de crecimiento y desarrollo a través de la intervención acompañada de la arteterapeuta Mónica Cury, que desarrollaba en la institución el proyecto de investigación “Trauma, Psicosis y Arteterapia: Un modelo de intervención”, y la psicóloga clínica, Cristina Masini.

El proyecto de arteterapia se desarrolla en dicho hospital desde entonces y continúa en la actualidad. En estos años ha pasado por diferentes fases, evolucionando desde sus inicios más cautelosos hasta el momento presente en el que el papel de la investigación cobra su mayor fuerza.

Los indicadores para la muestra de la evolución del proyecto, desde la perspectiva de esta investigación fueron en su día formulados bajo los siguientes epígrafes:

- Mejora integral en los pacientes que valoran por igual el trabajo realizado en todas las áreas, se observa en las repuestas a las entrevistas realizadas a lo largo del período de asistencia para el trabajo de investigación.
- Continuidad en el trabajo plástico (incluyendo como significativos los elementos de discontinuidad y ruptura), se observa en el seguimiento del trabajo plástico en las sesiones por parte de la arteterapeuta y durante el tiempo de observación, de la arteterapeuta investigadora.
- Relación del trabajo plástico (contenido intrapsíquico) con lo abordado desde las diferentes áreas multidisciplinarias, se observa en las valoraciones conjuntas del equipo recogidas en las reuniones por parte de la arteterapeuta investigadora.
- Mantenimiento de la asistencia al taller incluso para pacientes de alta parcial, se observa en el registro de asistencia.

- Demanda de sesiones de arteterapia para la nueva unidad de Infanto-Juvenil (proyecto en tramitación).
- Petición de inclusión del taller en la unidad de agudos del Hospital de Día (proyecto en tramitación).
- Demanda de servicios profesionales de arteterapia fuera del ámbito hospitalario.

Para el objeto de esta investigación se entiende positivamente la evolución del proyecto dada su continuidad y consolidación cinco años después, que se ve especialmente reflejada en el trabajo conjunto y coordinado en el binomio psicóloga-arteterapeuta al que ya hacía referencia como estudio de caso en el citado trabajo, y que ha derivado en diversas publicaciones conjuntas, asistencia a congresos, mesas redondas y otras colaboraciones, esto es, la generación de conocimiento específico sobre la disciplina y su aportación al colectivo.

En relación con dos de estos indicadores considerados antecedentes directos, se realizan algunas observaciones significativas para la investigación que se añaden a continuación:

- Mejora integral en los pacientes que valoran por igual el trabajo realizado en todas las áreas, se observa en las repuestas a las entrevistas realizadas a lo largo del período de asistencia para el trabajo de investigación.→Evolución positiva del proceso terapéutico y valoración positiva tanto del equipo terapéutico, que se refleja en las entrevistas realizadas, como de los pacientes; valoraciones recogidas en la exposición de su obra realizada en el *Hospital Universitario Infanta Leonor*, en el mes de octubre de 2014 con motivo del Día Internacional de la Salud Mental.¹
- Demanda de sesiones de arteterapia para la nueva unidad de Infanto-Juvenil (proyecto en tramitación).→ Desarrollo **posterior** del proyecto

¹Exposición de Arteterapia. *Hospital de Día Infanta Leonor y Argos Arte en Acción*. Celebrada con motivo del *Día Mundial de la Salud Mental*. Octubre, 2014.

de arteterapia CREATividad y ComunicACCIÓN – Arteterapia a través del lenguaje audiovisual en un Hospital de Día Infanto-Juvenil, desarrollado entre septiembre de 2010 y diciembre de 2011. Constituye la primera de las etnografías del presente trabajo de investigación.

Como se ha señalado, de la evolución de dicho proyecto surgió el marco posible para el desarrollo de una de las etnografías que se proponen en el desarrollo empírico de esta Tesis. No se trataba de la misma experiencia, sino que una fue consecuencia directa de la evolución positiva de la que consideramos como antecedente en este epígrafe.

Fue el vínculo forjado por la arteterapeuta con los pacientes y con el resto del equipo, junto con un trabajo riguroso, supervisado de forma interna y externa, para el área de adultos del mismo hospital, lo que facilitó posteriormente el ejercicio de confianza que supuso el hecho de que el equipo terapéutico del área infanto-juvenil del mismo hospital, y en su nombre, la entonces psiquiatra del equipo Catalina Martín, favorecieran el desarrollo de un proyecto desde el arteterapia que ahondase en la expresión y comunicación a través de las redes y medios audiovisuales, por parte de los y las adolescentes con patologías graves.

Tal propuesta fue apoyada por el Jefe de Psiquiatría del hospital, que aconsejó contactar con la responsable del programa².

² Aunque esta experiencia se analizará en detalle en la Etnografía 1 del marco empírico, se ha considerado conveniente adelantar aquí que el proyecto *CREAtividad y comunicACCIÓN: arteterapia en el Hospital de Día de Vallecas*, se inicia en septiembre de 2010 bajo la coordinación de la investigadora y permanece durante un año en la institución. Aún a pesar de la valoración positiva recibida desde los propios pacientes así como por parte del equipo responsable, este último no consideró viable la continuidad del mismo. Es por ello considerada una experiencia de “fracaso constituyente”.

Sobre la experiencia y la motivación para la no continuidad del mismo, se refieren posteriormente circunstancias relacionadas con la gestión de los recursos humanos, y la percepción de los profesionales como temor e incertidumbre por sus propios puestos de trabajo. Sobre esta circunstancia específica, se recogen valoraciones al respecto por diversos y diversas arteterapeutas profesionales, en

Unos meses después, la psiquiatra anteriormente citada es trasladada al *Hospital de Día de Leganés*³, y reactiva el contacto con la asociación responsable del convenio del proyecto para la puesta en marcha del proyecto de arteterapia incluido como Etnografías 2 y 3 en el desarrollo empírico de esta investigación. Dicho proyecto se inicia en junio de 2012, coordinado por la investigadora en las áreas infantil y adolescente del hospital, y continúa en la actualidad en el área de infantil⁴.

Como antecedente a la investigación, el análisis de aquella primera experiencia desarrollada en el área de adultos y que posibilitó todo el devenir posterior descrito, es considerado como un elemento de buen pronóstico y éxito constituyente. De su modelo, se pudieron extraer parámetros clave que fueron implantados en las diferentes experiencias descritas, y que han evolucionado de manera diferente en cada caso: para la continuidad y para la no continuidad. De dichas experiencias se persigue extraer los mismos parámetros que puedan ser tenidos en cuenta con posterioridad en futuros diseños de equipos en los que el arteterapia se integre.

diferentes contextos y comunidades, a los que se atenderá en el epígrafe correspondiente a las entrevistas a profesionales.

³ Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico de Leganés, concertado con la Comunidad de Madrid.

⁴ En su seno se ha dado cabida al trabajo en continuidad de dos arteterapeutas, en convenio de intervención/investigación, así como la asistencia temporal de dos arteterapeutas profesionales más y posteriormente, al acogimiento en prácticas de estudiantes arteterapeutas, bajo el marco de convenios universitarios que de manera estable potencian la valía que para su formación y futuro desarrollo profesional tiene, el contactar con la práctica clínica real, debidamente supervisada por arteterapeutas en ejercicio.

Fruto de dicho trabajo, y bajo los mismos parámetros de coordinación, supervisión, evaluación, etc. se comienzan a desarrollar por parte de las arteterapeutas y algunos miembros del equipo, comunicaciones y asistencia a congresos, así como diferentes publicaciones que ahondan en el trabajo realizado, consideradas, de nuevo, como indicadores de buen pronóstico.

Aquel primer caso analizado dentro de la estructura del equipo interdisciplinar, el binomio arteterapeuta-psicóloga clínica, ha devenido a ojos de la investigación en “binomio transdisciplinar”, entendiendo su modelo de intervención como una propuesta metodológica específica que se nutre de dos disciplinas, el arteterapia y la psicología clínica, lo que posibilita y da lugar a una manera nueva, gestante de las dos, que en último lugar suma las riquezas y fortalezas de ambas, minimizando los riesgos y debilidades. Esto favorece siempre la mejora y mayor comprensión de la intervención en los pacientes a los que se dirige, desde la indagación transdisciplinaria del conocimiento.

La transdisciplinariedad se muestra así una de las vías evolutivas de la convergencia disciplinaria y ofrece posibilidades para la clínica arteterapéutica de enorme potencial. No se trata de distanciarse del resto de disciplinas presentes en el equipo, sino de dimensionar las posibilidades y alcance de la integración del arteterapia como disciplina.

La convivencia disciplinar: multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad, será parte del análisis y objeto de esta investigación, en el marco teórico que sigue, observando los límites y potenciales del arteterapia en ella.

Para el desarrollo de la misma se realizó una entrevista grupal semiestructurada, en la que participaron el psiquiatra, la psicóloga clínica, la terapeuta ocupacional, la enfermera especialista en salud mental y la investigadora como dinamizadora de la misma, por lo que sin llegar a ser un grupo de discusión de naturaleza específica, su desarrollo bajo parámetros similares. El encuentro tuvo lugar en la sala de reuniones de dicho hospital. Para favorecer un diálogo abierto, plural y que invitase a los profesionales a reflexionar sobre las potencialidades, dificultades y devenir del arteterapia como disciplina, la arteterapeuta responsable del proyecto fue entrevistada aparte, de forma escrita e individual, al igual que el resto de arteterapeutas entrevistados para la construcción de la *cartografía de los equipos interdisciplinares en España*.

Se extrae de esta experiencia de entrevista grupal que seis años después la disciplina permanece en la institución, fortalecida por la evidencia de su

aportación que avalan el resto de profesionales en su discurso narrativo e impresiones sobre el trabajo interdisciplinar que realizan, así como por su percepción y valoración del arteterapia como parte de él, y de la arteterapeuta, como miembro del equipo en unas determinadas circunstancias, que como en el 80% de los casos analizados, no es equiparable en condiciones laborales al resto de los profesionales presentes en las instituciones.

En diversos casos, se extrae de los testimonios de los profesionales que la continuidad de los proyectos, que generalmente se iniciaron en periodo de prueba limitado y tras su valoración, se incorporaron a la respuesta terapéutica que los centros ofrecen, es considerada también un indicador de buen pronóstico y éxito constituyente. Sin embargo, y como se verá en el apartado específico, la verdadera integración de su figura en las instituciones está aún por desarrollar y consolidar.



5. Objetivos de la investigación

Teniendo en consideración las limitaciones humanas de la investigadora, se realiza un acercamiento humilde a una parcela de realidad de difícil acotación.

Para ello, se han establecido un objetivo general y otros específicos que a continuación se describen.

Objetivo general:

- Ofrecer un modelo de trabajo interdisciplinar en equipo aplicable al ámbito clínico infanto-juvenil y otros con los que comparte características y necesidades, en el que el arteterapia es una disciplina integrada.

Objetivos específicos:

- Fortalecer las bases teóricas y metodológicas de la identidad de la disciplina del arteterapia y de los arteterapeutas en su desarrollo y consolidación profesional e investigadora, como avance en los equipos psicoterapéuticos de salud mental.
- Mostrar los beneficios y el potencial del arteterapia para el abordaje integral de las patologías graves presentes en el ámbito institucional clínico, con especial atención al ámbito infanto juvenil, y desarrollar un metodología eficaz.
- Describir y analizar experiencias clínicas en arteterapia desde la observación directa del arteterapeuta como agente investigador en ellas implicado, para ofrecer un modelo hacia la integración y desarrollo metodológico del arteterapia en los equipos interdisciplinarios.
- Realizar un análisis de las valoraciones y testimonios de los profesionales como vía para la comprensión de los elementos y factores que definen dicho modelo de intervención desde el arteterapia integrada en los equipos interdisciplinarios en el marco

de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil.

- Comprobar que la interdisciplinariedad como metodología es un método eficaz para la integración del arteterapia en las instituciones en el ámbito de la salud mental.
- Analizar los resultados y conclusiones derivadas de la observación sistemática de la práctica clínica como metodología específica de investigación para el desarrollo de un cuerpo teórico-metodológico propio del arteterapia, en el marco de la investigación cualitativa.
- Reflexionar y aportar beneficios sobre el proceso de vinculación en fases que se acompaña al proceso de integración de los profesionales arteterapeutas en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental.



6. Metodología

6.1 Cartografía de la investigación en arteterapia: caminos desde la práctica interdisciplinar.

Durante la visita a la exposición “Cartografías contemporáneas, dibujando el pensamiento”⁵, la investigadora tuvo la oportunidad de adentrarse en las visiones de muchos artistas y pensadores que han empleado los mapas, las cartografías, desde un uso sencillo del lenguaje cartográfico hasta una construcción de hechos y de significados. De alguna manera, entender la construcción y representación de la realidad como el dibujo de un mapa, ayuda a visibilizar no solo realidades, sino la interconexión espacial, intersubjetiva y emocional, de los elementos en ella presentes, así como la dificultad que ese mismo ejercicio supone. En el texto de la página web que anunciaba la muestra se hablaba de las obras en ella presentes como “cartografías de espacios físicos y mentales que generan nuevos significantes y reflexiones sobre los distintos tipos de espacios (heterotopías, utopías, invisibles o virtuales)”.

En parte, el desarrollo del arteterapia en España, cabría entenderse como el dibujo de una cartografía múltiple en la que las experiencias, aparentemente aisladas, han de interconectarse y ser puestas en relación para la comprensión de sus elementos comunes y la puesta en valor de sus diferencias de una manera cualitativa, apreciativa y profunda, que nos acerque en lugar de alejarnos y nutra el ejercicio de la profesión sin tratar de homogeneizar las maneras, sino enriquecerlas y matizarlas para cada abordaje, en cada institución, con cada equipo y para cada grupo y persona. No es tarea sencilla pero en ella se encuentran el resto de profesionales avanzando desde sus disciplinas hacia perspectivas cada vez más integradoras, actualizadas y específicas. Los y las arteterapeutas no pueden quedarse aislados de este movimiento.

⁵ Celebrada en CaixaForum Madrid del 21 de noviembre de 2012 al 24 de febrero de 2013.

Se dibuja así una cartografía simbólica de posibilidades que mirada desde lo artístico “reivindica lo abierto y la experiencia directa, e intenta ir más allá de lo simplemente visto y consiguientemente representado, con una concepción del lugar y del proyecto como campos de relaciones más que como composición meramente escenográfica”. (Adalid, 2012, p. 3).

En el *XXVII Congreso Nacional* desarrollado por la *Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* (SEPYPNA) en Valladolid, en abril de 2015 bajo el título “Relación y grupo: implicaciones psicoterapéuticas”, se hicieron patentes estas necesidades relacionadas con el desarrollo de la investigación de una manera global desde la clínica en España, así como la pertinencia de la creación de una red colaborativa para la investigación, apoyada entre otras, por entidades como la propia *Sepypna*, que se planteó la enorme importancia de esta cuestión como posible paraguas temático para el siguiente congreso a celebrar en el año 2016. Al respecto señala Hilda Wengrower que:

La exigencia de presentar evidencias empíricas sobre la eficacia de las psicoterapias es ya una realidad en todos los países, es lo que se llama “práctica basada en la evidencia” (Evidence Based Practice). Esto implica la integración de la pericia y habilidad clínica del profesional con el conocimiento de evidencias producidas por medio de investigaciones experimentales, enmarcadas en el contexto de las características específicas del paciente, sus preferencias y cultura. (Wengrower, 2012, p. 42)

Estando presente la investigadora en el citado congreso, surgieron reflexiones sobre la importancia de la investigación en arteterapia desde una mirada interdisciplinar. Tales reflexiones aparecieron al hilo de la intervención llevaba a cabo por Elisabet Sánchez⁶ y Lucía Viloca Novellas⁷, como ponentes invitadas en la clausura de dicho congreso para hablar del centro Carrilet, centro de servicios para personas con autismo. En el apartado de “centros y recursos” de su página web, se explica que desde 2012:

⁶ Musicoterapeuta, pedagoga y maestra de Educación Especial, gerente de Carrilet.

⁷ Psiquiatra y psicoanalista de niños y adultos, fundadora de Carrilet.

Hemos impulsado diversos proyectos de investigación con un doble objetivo: evaluar nuestra práctica profesional y colaborar en el desarrollo de conocimientos entorno a los Trastornos del Espectro Autista y de las formas más adecuadas y provechosas de intervención. Para llevar a cabo todos estos proyectos de formación e investigación, Carrilet dispone de un equipo consolidado de profesionales del mundo clínico y académico. (Recuperado de Carrilet, 2015)

Se señala el caso específico para el encuadre de la metodología de esta Tesis dado que en dicha institución una arteterapeuta y dos musicoterapeutas forman parte del equipo interdisciplinar que atiende a los niños con autismo desde hace años. De alguna manera, estas constataciones vienen a señalar que el ámbito de la clínica y de la investigación están en continua evolución y crecimiento, tanto en contenidos que abordar como en métodos para abordarlo. Del mismo modo en que la realidad se presenta de manera diversa y compleja, demandando de los profesionales y las instituciones, respuestas cada vez más específicas, integrales y coherentes que se ajusten desde la creatividad a esa complejidad. Tal y como señala González Rey:

En el momento actual con frecuencia nos encontramos referencias a la complejidad como si esta fuera un fin en sí misma, y no una representación teórica que puede encontrar visibilidad en el campo que nos ocupa y facilitar la construcción de problemas específicos a él. (González Rey, 2006)

En el caso de la institución señalada trata de darse respuesta a dicha complejidad a través de un equipo amplio y diverso de profesionales, que integran las terapias artísticas y que se preocupan por la investigación derivada de la práctica y la formación continuada de los profesionales.

Si se retoma el hilo un tiempo más atrás, la arteterapeuta⁸ de dicho centro participó en la *I Jornada profesional FEAPA* celebrada en noviembre de 2008 en Barcelona. Allí, compartió parte de su trabajo con niños con autismo. Al hilo de su intervención uno de los aspectos que se señalaron como inhibidores del proceso terapéutico fue la dificultad de comunicación con las familias, lo que se da con

⁸ Mónica Recio

mayor frecuencia de lo que cabría esperar en el trabajo con menores. Si este aspecto comunicacional resulta tan relevante, ha de potenciarse desde dentro hacia fuera, empezando por la comunicación amplia y horizontal entre los profesionales acerca de las necesidades del niño, niña o adolescente en su proceso de mejora. La falta de comunicación entre los miembros del equipo, o una comunicación parcial, pueden convertirse igualmente en inhibidores del proceso terapéutico. Se volverá a ello a lo largo de la investigación.

En el congreso anteriormente citado, la investigadora de este proyecto, la arteterapeuta Esther Carmona y la psiquiatra coordinadora de la unidad de infantil del Hospital de Días San Agustín, presentaron la comunicación “Ser y crear en el proceso terapéutico. Arteterapia en el hospital de día de Leganés”. El proyecto del que habla la comunicación está contemplado como uno de las *Etnografías* a las que alude esta investigación y se desarrolla bajo convenio de intervención e investigación.

Este sistema de convenios supone en la actualidad el marco para hacer posible la investigación en continuidad de los y las arteterapeutas en muchos de los centros cuando estos no son parte de las plantillas profesionales. La investigación en arteterapia, más allá de un ejercicio de un trabajo voluntario que depende del interés del profesional concreto, debe ser entendida como el compromiso ético con la disciplina a la que necesariamente han de contribuir los profesionales para su consolidación, que hará que se visibilice el potencial de la misma para la intervención con las personas. Por tanto, la regularización de esta situación no debe demorarse más en el tiempo.

La cartografía dibujada en el presente trabajo refleja pues los caminos trazados desde la investigación y práctica clínica interdisciplinar para el desarrollo del arteterapia y la reflexión que genera y favorece sobre la identidad y aporte. En tanto cartografía, resulta de una organización circular que retralimenta la práctica desde las propias conclusiones obtenidas. Sobre esta posición señala Marian Alonso en su Tesis que:

Si hacemos una revisión de la investigación realizada en arteterapia hasta el momento nos encontramos con una tendencia a suponer que ésta prácticamente no se está efectuando. Esto se debe, aparte del “complejo positivista” ya señalado, a la identificación de nuestra profesión con las tradiciones de investigación de campos como la psicología y la medicina para intentar así hacerla valer utilizando los patrones aceptados en investigación por las mismas (McNiff, 1998: 85-88). Nuestra posición es que la investigación en arteterapia no puede separarse de la práctica y la metodología de investigación se deriva, consecuentemente, del trabajo realizado. (Alonso, 2012, p. 17)

Tal y como se señala en la imagen, el planteamiento de esta investigación de Tesis se aborda como cartografía visual que nos ofrece un amplio rango de vías y direcciones para el aborba de la realidad a la que se refiere.



Figura 6-1. Serrano, A. (2013) Mapa visual del planteamiento de la investigación.

Cada uno de estos encuentros en los que es posible compartir, mostrar, reflexionar y evaluar, el trabajo que se desarrolla en relación con el arteterapia en una institución, asociación, colectivo o centro, con el fin de hacerlo llegar a más profesionales de la misma y otras disciplinas, así como a gestores, contratadores, y destinatarios, favorece el crecimiento de los profesionales en la búsqueda de ese rigor y buena praxis que han de tener de cara a su regulación.

Este es uno de los aspectos fundamentales que recoge el *Registro Estatal de Profesionales Arteterapeutas* aprobado en 1997 en Reino Unido, tras una larga lucha de los profesionales por su reconocimiento oficial, en la ampliación de las profesiones complementarias a la medicina, otorgando al arteterapia una categoría específica como tratamiento psicoterapéutico. Se observa como:

El registro define la naturaleza y extensión del trabajo desarrollado por los arteterapeutas y regula sus interacciones con los clientes y con otros profesionales de la salud. En otras palabras, el registro estatal cubre los estándares de conducta, actuación y ética de los arteterapeutas, además de los estándares de eficacia, educación y formación, así como de su posterior desarrollo profesional. (Edwards, 2004-2014, p. 127)

Además de proporcionar un reconocimiento formal del arteterapia por el estado protegiendo los títulos de arteterapeuta y artepsicoterapeuta, el registro estatal ofrece garantía de protección para el público asegurando la formación adecuada de los arteterapeutas y su competencia práctica, entre la que se encuentra la formación y el desarrollo de investigaciones específicas. (Edwards, 2014)

En la línea de lo hasta aquí desarrollado, la presencia de arteterapeutas doctorandos en la práctica clínica en España, suficientemente arropados por las universidades e instituciones gestoras, puede ofrecer y facilitar vías para la investigación que de otra manera resultan difíciles de articular. Y con ello, redundar en ese camino por recorrer hasta su reconocimiento profesional. Pero resulta aún escaso el apoyo.

Tomando de nuevo como referencia las palabras de David Edwards, parecen existir similitudes con esta situación en Inglaterra pues:

Los arteterapeutas han reconocido que la investigación basada en la práctica resulta de vital importancia por diversas razones: la investigación ayuda a los arteterapeutas a adquirir y compartir conocimiento y experiencia clínica relevante (Greenwood, 2011; Greenwood et al., 2007); ofrece a los arteterapeutas, empleadores y clientes la oportunidad de

valorar el desarrollo de la profesión (Michaels, 2010); ayudaría a clarificar la pertinencia de un modelo de trabajo comparado con otro en un grupo o cliente particular (Giroy and Lee, 1995: 8; ver también Crawford et. Al., 2012; Gilroy, 2006); y ayudaría a asegurar la responsabilidad clínica y eficacia a través de la evaluación clínica de los resultados (Saunders and Sounders, 2000; Wood, 1999). (Edwards, 2004-2014, p. 138)

Observando los caminos de la investigación en arteterapia se encuentran intentos por recorrerlos desde las metodologías fundamentalmente cualitativas y mixtas que se desarrollan en los siguientes epígrafes.

6.1.1 Hacia la búsqueda de métodos de investigación eficaces en arteterapia en los últimos años en España

Convenimos, al igual que López (2009), con Hernández en que:

La investigación se considera un proceso que se construye en torno a tres temáticas básicas:

1. Una serie de cuestiones definidas de manera clara y articulada, que han de ser respondidas a través de la investigación, y que se conectan con una serie de objetivos que permitirán que dichas cuestiones sean exploradas y respondidas.
2. La especificación de un contexto de investigación, y una argumentación que explique por qué esas cuestiones deben ser respondidas y exploradas.
3. La especificación de los métodos de investigación apropiados para afrontar y responder las preguntas de la investigación. (Hernández en López, 2009, p. 17)

Marian Alonso incluía en su tesis la definición establecida por el grupo de Investigación de la *Asociación Profesional Española de Arteterapeutas* (ATE) según la cual se entiende por investigación en arteterapia “examinar la intervención arteterapéutica de modo sistemático y riguroso para intentar confirmar hipótesis o aclarar hechos relativos al arteterapia, con el propósito de aumentar los conocimientos sobre la disciplina”. (op. Cít. Alonso, 2012, p. 25). Sobre las metodologías empleadas en su desarrollo, el mismo grupo señala que:

Para pasar de una dimensión empírica a un enfoque de observación científica basada en la evidencia (en otras palabras: ¿"Qué pregunta nos hacemos respecto al arteterapia? Y ¿Cómo podemos responder científicamente a esta pregunta?"), existen múltiples metodologías de investigación científica, que se suelen categorizar en 2 grandes enfoques: el cuantitativo (con un "ideal" situado en el estudio clínico controlado y aleatorizado) y el cualitativo (con un "ideal" situado en estudio inductivo de participación-acción), que no vemos como excluyentes sino complementarios. (Grupo de Trabajo sobre Investigación en arteterapia, 2011).

En el ámbito específico del arteterapia en España, numerosas tesis se han defendido, todas ellas a partir de metodologías en su mayoría de corte cualitativo. En la primera de ellas, defendida en 1999 por Elvira Gutiérrez, bajo el título "Arterterapia con orientación gestáltica", y dirigida por la Doctora Noemí Martínez, pionera en la introducción de la disciplina en España, la arteterapeuta señalaba respecto al trabajo de los y las arteterapeutas que "de sus experiencias va surgiendo la necesidad de organizar, sistematizar y analizar su trabajo". (Gutiérrez, 1999).

En 2012, más de una década después, la arteterapeuta Marian Alonso defendía su tesis doctoral "Mujeres y Arteterapia", en la que enmarcada en una metodología construccionista señalaba que "lo que estamos habituados a llamar realidad es una construcción que se produce mediante las relaciones que mantenemos unas personas con otras. Esto tendrá consecuencias también en la relación entre el o la arteterapeuta y el o la cliente/paciente". (Alonso, 2012, p. 29)

Respondiendo a la línea mencionada, los pasos seguidos en el desarrollo de esta investigación se establecen en relación con la observación y la práctica clínica arteterapéutica. Por su planteamiento y naturaleza refleja, entre otros elementos fundamentales que la articulan, la importancia de la investigación para el desarrollo del arteterapia como disciplina, y la reflexión en torno a la práctica e

identidad profesionales dentro de los equipos terapéuticos presentes en las instituciones.

Esto es, una vez más, la realidad puesta al servicio de las relaciones que las personas establecen y construyen entre sí, en dinámicas de interacción subjetivas que modifican el contexto en el que se hacen posibles, lo que lleva a los y las arteterapeutas a plantearse “la necesidad de explorar y analizar los elementos que la convierten en un instrumento terapéutico específico, así como de desarrollar diseños de intervención-investigación que se articulen coherente y eficazmente, con el fin de proporcionar pruebas clínicas suficientemente consistentes”. (Sanz y Del río, 2010, p.2)

Como investigación, intenta establecer criterios aplicables a la pertinencia de la integración del arteterapia en los equipos y el modo en que ésta debe hacerse: formulando estrategias metodológicas de operatividad y éxito que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos planteados para la intervención individual y grupal, con especial énfasis en el trabajo con niños y adolescentes. En ese sentido ya se ha mencionado la importancia de los aspectos comunicacionales, pero habrán de tenerse en cuenta otros que influyan incluso en el encuadre y objetivos de la intervención individual diseñada en ese marco. Tal y como señalan Sanz y Del Río:

Cada vez se considera más necesario por ello plantearse vías adyuvantes de tratamiento más amplias y multidisciplinarias, capaces de desarrollar y/o potenciar las propias capacidades del paciente generando recursos de afrontamiento personales; formas de intervención que atiendan no sólo a la sintomatología, sino también a la persona del enfermo: a sus capacidades, habilidades y singularidad, así como a sus respuestas emocionales, sociales y ejecutivas. (*Ibidem*, p.3)

Resulta interesante rescatar las valoraciones obtenidas por la arteterapeuta Teresa de Aramburu para el desarrollo de su *Trabajo de Fin de Máster*, contextualizado en la Comunidad de Madrid, en la que transcribía las palabras de una arteterapeuta entrevistada para su trabajo en las que aludía a:

Buscar soluciones intermedias como, por ejemplo, generar demandas a través de la implantación de proyectos de investigación subvencionados por otras instituciones y que, cuando se haga, te integres dentro del equipo de trabajo, para que te reconozcan como profesional y a partir de esta figura seguir generando trabajo. (De Aramburu, 2014, p.49)

Restaría señalar la manera en que esto es posible y no conlleve tanto esfuerzo casi como el desarrollo del propio trabajo de la práctica clínica diaria, aspecto señalado por muchos de los profesionales como algo que limita su acercamiento a la investigación. Cabe preguntarse para un acorde análisis metodológico, hasta dónde pues los y las arteterapeutas consideran fundamental la investigación en la propia disciplina desde ese compromiso ético. Como respuesta se puede afirmar que:

La investigación satisface necesidades internas a la comunidad de terapeutas y otras que nuestra ubicación en el contexto sociocultural demanda. Estas necesidades son: Generar hipótesis de trabajo. Constatar o falsear esas hipótesis o conocimientos. Enriquecer nuestro pensamiento. Mejorar habilidades técnico-profesionales. Monitorizar el proceso terapéutico y/o evaluar cambios. Comprobar o falsear teorías y técnicas de la profesión. Verificar y demostrar la eficacia de los tratamientos, compararlos con otras modalidades terapéuticas e identificar su contribución específica. Lograr reconocimiento y ampliar nuestra presencia en organizaciones de asistencia ya sea en el orden estatal, público o privado. (Wengrower, 2012, p. 43)

Pero dicho compromiso con la práctica y la investigación no ha de darse en una sola dirección. Del otro lado, las instituciones deben hacer su parte. Sobre lo que implica a ambos, señala López que:

Supone ofrecer un lugar, ofrecer la escucha y ofrecerse a acompañar a la persona o al grupo que sufre en la búsqueda de sí mismo, en sus pérdidas, en sus posibles encuentros. Y supone, por parte de la institución, el compromiso de entender a ese profesional, a esa profesional que se

compromete con lo humano como una agente implicada en la mejora del paciente, del participante, y ser admitida no como un caso excepcional en una actividad vistosa, sino como aquel, como aquella que participa diariamente y se involucra activamente enriqueciendo la labor del equipo de profesionales. [...] Para ello el profesional, la profesional, implicados en este tipo de procesos, expertos en tratar con la creación, la vida y sus conexiones, capaces de transmitir sus observaciones al resto de profesionales y aptos para trabajar en ámbitos interdisciplinares, deben, a su vez, tener la formación que les habilite y desarrolle las capacidades de atención, sostén, escucha activa, observación y análisis, tanto desde el punto de vista artístico como psicológico, para poder acompañar a aquellas personas en su proceso creador, en su proceso vital.

Para que estas actividades puedan formar un corpus susceptible de ayuda para la propia profesión, es conveniente e insispensable crear registros de las experiencias que puedan ser evaluados, compartidos y generalizados. Sabemos que cada intervención es única, como único es el sujeto que la realiza, con su pasado único, su narrativa particular y sus vinculaciones especiales, pero el modo de abordaje, las estrategias de intervención los aspectos observacionales y de actitud que hemos podido detectar y nos han llevado a cambiar o mantener modos y modelos, los aspectos correlacionales... todo ello puede y debe ser compartido y divulgado como medio para mejorar y hacer óptima la intervención que acompañe al otro vulnerable en su búsqueda de un lugar más seguro, de una categoría más estable y menos dolorosa. (López, 2009, p. 16)

6.2 Metodología cualitativa desde un paradigma constructivista interpretativo

Por todo lo señalado hasta ahora, la metodología cualitativa se establece por método como la más ajustada al marco que se describe en este trabajo, que trata de lo observable y analizable en arteterapia, de sus límites y potencialidades y del

estado de su proceso de integración en los equipos e instituciones. Sin embargo, y como ya se mencionaba en la introducción, no se puede obviar que el debate sobre qué metodología ha de ser la que se siga o no en la disciplina arteterapéutica, se mantiene presente. Como señala Gilroy que (2006),

Sea cual sea su metodología, la investigación es siempre una actividad metódica y sistemática. Y añade que se observa en arteterapia un modelo paralelo mezcla de pluralismo y preferencias personales, coincidiendo los autores en que ambas metodologías, cuantitativas y cualitativas, contribuyen a la base empírica del arteterapia, priorizando los estudios de caso narrativos (Edwards, 1999), estudios normativos de desarrollo artístico (Gantt, 1998), estudios de caso experimentales (Julliard, 1998) y encuestas (Wood, 1999b). (Gilroy, 2006, p. 79)

A partir de este análisis, resulta evidente que por la naturaleza y recorrido del arteterapia como disciplina a nivel estatal, deben aplicarse metodologías de investigación cualitativas, cuantitativas y en las investigaciones venideras, mixtas o multimodales, tanto en el ejercicio de reflexión teórico-metodológica como en la intervención, que se adecúen a la práctica clínica que se viene desarrollando y que permita a los profesionales constatar su efectividad como intervención terapéutica, en relación con otras disciplinas de mayor trayectoria y recorrido con las que comparten su hacer.

El trabajo desde el saber en igualdad de condiciones, hará crecer a los y las profesionales en la consolidación de su identidad profesional y con ello, la atención que dan a las personas con quiénes trabajan.

Observando para ello los métodos empleados, resalta la utilidad y pertinencia del diseño de investigación cualitativa, así como sus métodos específicos según sea investigación basada en las artes en sus formas narrativas (IBA o *Arts-based research* ABR), investigación-acción, teoría fundamentada, método observacional, etnografía o estudios de caso, método reflexivo, hermenéutica o enfoque apreciativo; dicha utilidad se viene demostrando en el

estudio de las ciencias sociales y sus campos de desarrollo teórico-práctico, así como en arteterapia.

Para el desarrollo de esta investigación, nos mantendremos en el marco del citado paradigma cualitativo, dado que se entiende que:

La investigación cualitativa implica la inmersión del investigador en el campo de pesquisa, considerando este como el escenario social en que tiene lugar el fenómeno estudiado dentro de todo el conjunto de elementos que lo constituyen, y que, a su vez, están constituidos por él. (González Rey, 2006, p. 109)

La metodología cualitativa posee unas características formales que han de cumplirse para encuadrar epistemológica y metodológicamente el trabajo de investigación (Hernández, 2011) entre las que se encuentran:

- El investigador aparece inmerso en un contexto cuyas interrelaciones asume y entiende como parte de esa investigación.
- La realidad es entendida como subjetiva, múltiple, etc.
- En ella, múltiples factores interactúan.
- Se presupone la confianza en la autenticidad del discurso que se genera.
- El análisis de los datos se realiza a partir de herramientas tales como la etnografía, los grupos focales, los estudios de caso, las entrevistas, la observación participante, la biografía, el análisis de documentos, etc.

Más allá de una elección metodológica puramente instrumental, esto es, determinada por los instrumentos para la recogida y análisis de datos, desde una perspectiva epistemológica, se sostiene a su vez que es el investigador quien “va construyendo de forma progresiva, y sin seguir otro criterio que no sea el de su propia reflexión teórica, los diferentes elementos relevantes que se irán configurando en el modelo sobre el problema estudiado”. (González Rey, *Ibíd.*)

Por otro lado, los métodos cualitativos ya no resultan tan novedosos ni esporádicos, estando presentes en los ámbitos social y educativo en relación con el

arte (entre otros) y permeando cada vez más a otros contextos como el de la psicología, la psicoterapia y la salud mental, al que nos ceñiremos fundamentalmente para el desarrollo de esta investigación, posicionándonos desde la investigación en arteterapia. Tal y como señala Gilroy, “no podemos esperar más que nuestra fe o convicción para que la arte terapia como tratamiento sea efectiva. Necesitamos evaluar nuestro trabajo para mejorar nuestra credibilidad profesional y para preservar y crear nuestro trabajos”. (Gilroy, 1996, en Hills, 2011, p.221)

A ojos de esta investigadora tal cuestionamiento no supondrá verdaderamente un avance en nuestra comprensión disciplinaria si no se hace desde el cuestionamiento y reflexión sobre la práctica, de manera que el fruto de tal ejercicio revierta sobre la misma.

6.2.1 Paradigma constructivista interpretativo.

Una metodología que, lejos de llevar hacia una metodolatría ciega, daba implícitamente la opción de poder pensar metodológicamente, pero también creativamente con y desde ella, y me daba la posibilidad de situarme así en el camino de poder encontrar mi propia voz como investigadora a medida que discurría el proceso de la investigación. (Cuadrado, 2012, p. 185)

Una vez unificados en un marco genérico que dota de sentido a la investigación realizada, y tal y como se ha señalado anteriormente, la tradicional escisión metodológica cuantitativa/cualitativa, ha evolucionado hasta la actualidad superando el tradicional reduccionismo que de ella se mantiene y se transmite. En palabras de López,

Dentro de los conceptos generales de la investigación, podemos observar cuatro grandes paradigmas: positivismo, postpositivismo, constructivismo y construcción y observación participativa. Según la autora, el constructivismo mantiene, sin embargo, que lo “real” es una construcción creada por los individuos. No es posible dar una descripción exacta de la realidad más allá de la que construimos. A través de este paradigma la

aproximación al conocimiento solo puede realizarse a través de la subjetividad y de las realidades co-construidas. (López, 2009, p. 17)

El paradigma constuctivista interpretativo mantiene al investigador inmerso en la experiencia de la realidad que investiga, sumergiéndose en ella a través de la etnografía y los estudios de caso, fundamentalmente, que le permiten comprender por un lado, e interpretar, por otro, dicha realidad. Ambos son contemplanos en el marco empírico de la investigación junto con el diseño de entrevistas, como herramientas fundamentales para la recopilación de los datos que tendrán sentido únicamente en relación con la experiencia de la intervención.

Analizando así la materia prima que nutre esta memoria, que no es otra que el trabajo directo con los y las pacientes y en relación constante con el equipo humano de trabajo, lo anteriormente citado adquiere sentido, que se completa en las palabras de Hills cuando señala que:

El principio fundamental es que los clínicos de cualquier profesión deberían renovar su conocimiento y sus habilidades constantemente; familiarizarse con las investigaciones y bibliografías más recientes para dar a sus pacientes el mejor servicio posible es la base de la buena práctica. (Hills, 2011, p.221)

De alguna manera, posicionarse así el investigador-arteterapeuta conlleva a su vez pensar y vivir su práctica desde dicha posición. Así, señala Hills que:

El estudio de la investigación no solamente nos prepara para hacer investigaciones pero también nos ayuda a clarificar lo que subyace en nuestro propio trabajo con pacientes. Una reflexión sobre la base filosófica de nuestro trabajo enriquecerá esta práctica de una manera profunda y potencialmente más creativa. Además, nos ayuda a entender los complejos mundos de las varias teorías que constituyen la síntesis que es arte terapia; la teoría visual, la teoría psicoanalítica, la psicología, la antropología, la sociología y la política. Y así llegar hacia un enfoque que tiene un rigor y que podemos defender. (Hills, 2001, p.226)

De él, señala Cuadrado que:

El investigador preconiza, además, una interacción con lo investigado y sabe que él mismo es el instrumento principal de la investigación. No trata, en ningún modo, de examinar conductas, sino de percibir su presencia e interpretar su significado. A la vez, desarrolla la capacidad de compartir lo que ha experimentado con quienes no estaban allí por medio de un lenguaje expresivo en el que tienen cabida también los sentimientos y las emociones, que no son considerados como enemigos de la cognición, sino todo lo contrario. (Cuadrado, 2012, p. 190)

De tales expresiones dan cuenta las apreciaciones compartidas por la investigadora en la descripción narrativa de los casos presentados, así como de los contextos y experiencias etnográficas a las que se refiere en la segunda parte del *marco empírico*.

También es posible entender a qué se refiere Cuadrado en sus palabras al acercarse al análisis cualitativo de los datos desarrollado en la primera parte del citado marco. Pareciera sencillo visualizar y dar sentido así a la metáfora del investigador como un “bricoleur”, metáfora rescatada por Cuadrado en su investigación de tesis y propuesta por Denzín y Lincoln (1994).

6.2.2 Aproximación etnográfica.

Al comprender mejor cómo viven y construyen su mundo otras personas, ampliamos nuestros horizontes, las cosas que valoramos y el potencial vital.
(Gergen y Gergen, 2011, p. 96)

La fundamentación de la metodología etnográfica deriva de la observación de los grupos, sus hábitos y sus contextos. Resulta útil para la comprensión de los fenómenos subyacentes al contexto, tal y como se dan en relación a la experiencia. Si se ubica esa experiencia en un *Hospital de Día*, en el trabajo en contacto con la naturaleza humana, las personas, y en estrecha colaboración con los y las profesionales, se ha descrito el contexto marco para una gran parte de la presente

investigación. Así, desde una aproximación etnográfica a la investigación la arteterapeuta investigadora tiene la oportunidad de:

- Identificar la posición propia, esto es, esclarecer la propia mirada, que le indica desde dónde está mirando esa realidad en la que se halla presente, no tanto para detectar qué es lo que observa o detecta, sino además, el modo en que lo observa y lo detecta, las resonancias subjetivas que conlleva y las derivaciones específicas para la práctica: toma de decisiones, giros y cambios en los modos y procesos, etc. Ese dar cuenta de la mirada, de las lentes con las que se mira la realidad, remite a la reflexividad y a la fenomenología de la que es fruto la comprensión de una realidad, en tanto forma de analizar la realidad como proceso que está teniendo lugar en ese propio marco de realidad.
- Acercar a la investigadora a lo investigado desde la relación que establece con ello, tratando de entender qué le ha llevado a realizar la investigación así como qué tiene que ver esa investigación consigo misma.
- Encarar los problemas emergentes de la investigación desde una posición que transita entre lo descriptivo y lo interpretativo.
- Emplear metodologías que permitan construir diálogos de sentido.
- Prestar atención a la narrativa de sentido que se construye a partir de la experiencia, como forma de generar conocimiento.
- Explorar formas narrativas que visibilicen la complejidad de lo observado y la variedad de posiciones que en ese marco se encuadran.

Una gran parte del trabajo realizado para esta investigación es muestra de la observación participante realizada en dos *Hospitales de Día* de la Comunidad de Madrid, el *Hospital de Día Infanta Leonor* y el *Hospital de Día San Agustín*, ambos en convenio de intervención-investigación. En ellos, la arteterapeuta investigadora desarrolló tres experiencias diferentes para la puesta en marcha de un proyecto desde el arteterapia, como disciplina a integrar en el abordaje terapéutico del equipo.

Dicha experiencia de observación y experiencia ha quedado estructurada en tres *Etnografías*, que se describen y relatan en el *marco empírico*.

La primera de ellas fue desarrollada en el *Hospital de Día Infanta Leonor*, durante un año, de 2010 a 2011, con adolescentes de 15 a 18 años. La investigadora desarrollaba los roles de coordinadora del proyecto y arteterapeuta referente del grupo. Al mes de iniciarse el proyecto, comenzó a asistir una arteterapeuta en formación, entonces en el primer año, en convenio de prácticas de *Doctorado*.

Las otras dos *Etnografías* se han desarrollado en el *Hospital de Día San Agustín*, una de ellas en el área de adolescentes durante un período de tres meses en el año 2012, tras cuya valoración, se decidió la no continuidad del proyecto de arteterapia.

La otra, se desarrolla desde 2012 y aún continúa en el momento de escribir estas palabras.

A partir del análisis de estas experiencias, y en relación con los ejes temáticos y los objetivos planteados para la investigación, se trata de discernir las fortalezas y dificultades que subyacen a los actuales equipos en que el arteterapia se integra y el modo en que su trabajo y coordinación se plantea, para una mejora en la intervención integral con los niños y adolescentes en el ámbito de la salud mental infanto juvenil.

Pero esto no es viable si no se logra una adecuada vinculación profesional con el equipo que permita hacer llegar a los profesionales el alcance y aporte que la intervención desde el arteterapia puede tener.

Pretende, por tanto, desde esa posición etnográfica, contribuir al asentamiento de bases estructurales para la intervención e integración de los arteterapeutas en estos equipos. Dichas bases deberán retroalimentarse de futuras investigaciones doctorales realizadas por otros arteterapeutas. A partir de estas *Etnografías*, se analizan experiencias entendidas que evolucionan generando posibles maneras para la integración, repensadas desde la *convivencia disciplinaria* (multi-inter-transdisciplinariedad: límites y potencialidades) (Serrano, 2013, póster).

Se formulan planteamientos para la aplicación de diferentes instrumentos de investigación a partir de hilos de observación-reflexión-intervención y análisis. Se persigue clarificar criterios aplicables a los procesos de integración del arteterapia, y el modo en que han de recorrerse en términos de crecimiento y desarrollo exponencial del conocimiento e intervención; de la consecución de los objetivos terapéuticos para la intervención individual/grupal de cada contexto; y del mejor desarrollo profesional de los integrantes del equipo.

De la reflexión en torno a las experiencias repetidas se establecen pautas comparativas de trabajo que permiten extraer conclusiones, que si bien no encuentra sentido relevante desde un estudio de caso, nos ayudará a detectar las fortalezas y debilidades de la disciplina en relación con otras de mayor trayectoria y desarrollo teórico-metodológico.

Para ello, es necesario focalizar la atención tanto en los agentes implicados en la investigación:

- Destinatarios, usuarios/as o pacientes
- Profesionales arteterapeutas.
- Otros profesionales implicados en el tratamiento.
- Comunidades.
- Instituciones.

Como en los indicadores de la observación que serán tenidos en cuenta para el análisis de los datos obtenidos y la elaboración de las posteriores conclusiones:

- Encuadre arteterapéutico.
- Proceso arteterapéutico.
- Importancia y papel de la obra en el proceso y en el trabajo con el equipo.
- Continuidad de los procesos y proyectos.
- Grado de confianza, comunicación y confidencialidad.
- Seguridad y confianza del arteterapeuta profesional como miembro del equipo.

- Percepción del alcance terapéutico del arteterapia por parte de los otros profesionales.
- Apoyo de las instituciones.

El uso de la narrativa propiamente etnográfica, nos permitirá concretar la experiencia en su contexto de desarrollo contemplando las siguientes acciones:

- Desarrollo y coordinación de un taller de arteterapia en el ámbito de la salud mental y dentro de un equipo multidisciplinar para realizar una observación participante.
- Permanencia y continuidad del taller de al menos un año.
- Asistencia como arteterapeuta investigadora a las reuniones y coordinaciones del equipo.
- Registro escrito de las sesiones y de las reuniones.
- Diseño de la muestra y contacto con profesionales arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinarios en España.
- Contacto con otros profesionales arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinarios.
- Contacto con profesionales de otras disciplinas que trabajan en contacto con el arteterapia y la figura del arteterapeuta.
- Diseño de las entrevistas.
- Envío, recepción y análisis de los datos obtenidos a partir de las entrevistas.
- Diseño de la muestra de estudios de caso en cada una de las etnografías.
- Desarrollo y supervisión en equipo del proceso arteterapéutico.
- Revisión bibliográfica sobre los antecedentes y naturaleza de los ejes temáticos que vertebran la investigación.
- Diseño de las conclusiones.

Volviendo la vista atrás en una mirada retrospectiva encontramos que el resultado del primer trabajo *contemplado en los antecedentes* como un primer estudio de caso, desde una aproximación cualitativa etnográfica, fue configurado y entendido como un relato reflexivo que intentaba establecer criterios aplicables a

la pertinencia de la integración del arteterapia en los equipos presentes en las instituciones como vía para nuestra consolidación identitaria profesional, siendo la práctica la evidencia sobre la que se sustentaba la investigación.

Esas premisas se sostienen formulando a partir de ellas estrategias metodológicas de operatividad y éxito que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos planteados para la intervención individual y grupal. De esta manera el problema no es la naturaleza de la evidencia, sino el posicionamiento epistemológico ante ella.

La presencia de la mirada de una arteterapeuta investigadora en el taller de arteterapia como observadora participante, favorece de forma triangular la profundización en torno a la metodología de trabajo presente en el centro y agudiza la escucha y la mirada en cómo los y las diferentes profesionales desde sus disciplinas entrelazan sus intervenciones dentro y fuera de las sesiones, en el marco contenedor interdisciplinar.

Bajo este criterio, se formulan planteamientos específicos para la aplicación de los diferentes instrumentos de la investigación: observación, recogida, procesamiento, análisis, evaluación y triangulación de los datos/información, a partir de hilos de observación-reflexión-intervención y análisis, que comprenden:

- Metodologías de trabajo en equipo.
- Planteamientos estructurales y modelos de intervención.
- Esclarecimiento de objetivos terapéuticos interconectados.
- Intercambio de información y comunicación interdisciplinar.
- Manejo y nueva configuración de las historias y registros clínicos.
- Fortalecimiento de la identidad profesional y currículum propio/ajeno
- Formación continuada interdisciplinar.
- Posicionamiento teórico.
- [...]

El conocimiento deja de estar así delimitado para regenerarse en el espacio potencial (Winnicott, 1994) que surge de la convivencia de dos límites que se desdibujan. La terminología ha de ser esclarecida, consensuada y compartida, así

como la vinculación del equipo con los procesos creativos y sus posibilidades. Como señala Chicharro Lezcano:

La equiparación a todos los efectos con el resto de facultativos va a aumentar su protagonismo, pero supone un reto al que hay que hacer frente. Ahora, de igual a igual, es momento de asumir responsabilidades, hacer complementarias las disciplinas, y volver a compartir saberes. Si lo logramos será posible un resurgir de los “equipos multidisciplinarios”, del trabajo en equipo, pero eso es una tarea que hay que acometer. (Chicharro, 2007, p. 100)

En este punto se remarca la idea de la integración disciplinar como fruto de un proceso de vinculación personal-profesional, que se inicia en el desconocimiento y ha de cimentarse en la escucha mutua del Otro especialista, desde el entendimiento de esta relación como doblemente vinculante y multidimensionalmente beneficiosa (para los dos profesionales, el resto de profesionales y los destinatarios de la intervención).

6.2.3 Investigación basada en las artes.

En este punto conviene introducir algunas ideas relacionadas con la investigación basada en las artes, con el fin fundamental de dar sentido y cohesionar los bloques teórico y empírico de esta memoria. Tal es así, como señala Alonso que, “consideramos que no sólo es innecesaria la separación entre investigación y práctica, sino que, por el contrario, la unión de ambas puede ser el modelo más útil de investigación para el arteterapia”. (Alonso, 2012, p. 18)

Resulta conveniente aludir a los orígenes de la investigación basada en las artes apelando a las palabras de Marín cuando señala que:

Una vez asumido que el único modelo investigador no tenía porqué ser necesariamente el de las ciencias naturales y biomédicas, sino que también había sido fructífero desarrollar modos investigacionales propios de las ciencias humanas y sociales, el siguiente foco de interés podrían ofrecerlo las artes. Este fenómeno de búsqueda de nuevos territorios de inspiración

para el desarrollo de una determinada disciplina es de sobra conocido en el mundo artístico. (Marín, 2005, p. 249)

Algo similar está ocurriendo con la disciplina del arteterapia. De su práctica y de su concreción con los pacientes no dan solo cuenta las palabras, sino que convergen en ella las imágenes y los procesos de las que son fruto. Y en gran medida es gracias a ello que podemos diferenciar el arteterapia de otras disciplinas. Es más, tal y como podrá observarse en el análisis cualitativo de las entrevistas referidas al papel de la obra en el trabajo de equipo, es reseñable su capacidad para informar y dar cuenta de posibles procesos y devenires en el proceso terapéutico.

En esta línea de reflexión señala López que “la investigación basada en las artes puede ahondar en el estudio sobre el proceso creador más allá de lo cognitivo y de los modos lineales de pensamiento. [...] Avanzar en el acompañamiento del otro, en su proceso creador, construir con él, con ella, una narrativa plausible que ayude a reducir el sufrimiento psíquico, a solucionar conflictos, a aceptar heridas y construir cicatrices, necesita de un trabajo delicado, sumamente serio y extremadamente comprometido y tenaz: con el otro, con el proceso, con la obra y con uno mismo, con una misma”. (López, 2009, pp. 20-21).

Puede ayudar entender el modo en que la investigación basada en las artes y el arteterapia comienzan a entrelazarse epistemológicamente a partir de los años 60. Así, en palabras de Hernández:

Se puede observar que hay una serie de elementos comunes entre la tradición de la IBA vinculada al giro narrativo en la investigación y la necesidad de reconocimiento de la experiencia artística desde el arteterapia. Ambas utilizan métodos comunes para recoger evidencias que den cuenta de la experiencia, como son el diálogo, la observación y la observación participante. (Hernández, 2008, p. 91)

Serán observadas desde esta posición las imágenes que acompañan los relatos de las tres etonigrafías, así como fundamentalmente los estudios de caso incluidos en la última de estas. Según Silverman (2000), “la finalidad de cualquier

investigación es permitir acceder a lo que las personas hacen y no sólo a lo que dicen. En este sentido las artes llevan 'el hacer' al campo de investigación". (Silverman, 2000, en Hernández, 2008, p. 94)

Es precisamente esta posibilidad comunicacional que el arte brinda más allá de la palabra, el elemento que promueve la expresión emocional en muchos de los pacientes, sobre todo en aquellos para quienes el registro verbal no es posible. Según Serrano, Carmona y García:

A lo largo de dicho proceso se ponen en juego y acción las capacidades de la persona para imaginar y narrar su propia vida, su propia manera de entender su realidad, y de comunicarse con ella y consigo mismo, en los diferentes niveles y maneras de los que es capaz. (Serrano, Carmona & García, 2015, pendiente de publicación).

6.2.4 Investigación-acción.

Se inicia este apartado rescatando las palabras de Tania Ugena en su Tesis Doctoral "La danza y sus aplicaciones en el espacio terapéutico, educativo y social", en las que señala que:

Investigar, explorar, reflexionar y actuar sobre la propia práctica, así como sobre cada una de las acciones propuestas a los grupos, interactuar con los participantes e intentar responder a las necesidades de cada persona y colectivo sitúa a quien investiga en la investigación-acción, con objeto de unir teoría y práctica en un proceso circular de *planificación-acción-observación-análisis crítico*. (Ugena, 2014, p. 57)

Desde esa perspectiva adquieren valor significativo las palabras de Denzin y Lincoln cuando señalan que:

La investigación-acción apunta a resolver problemas específicos en un contexto dado, a través de una investigación democrática en la cual los investigadores profesionales colaboran con los interesados locales para formular soluciones a problemas importantes para ellos (...). Ambas partes aportan sus diversas bases de conocimiento y sus localizaciones sociales

particulares para enfrentar un problema de manera colaborativa. (Denzin y Lincoln, 2012, en *Ibíd.*)

Por ello, la mirada del y la arteterapeuta-investigador/a debe primar en este paradigma para atender a los aspectos de una realidad cada vez más compleja y multidimensional, desde prácticas profesionales disciplinares complejas y multidimensionales. En esta cartografía que aborda la investigación, dichos caminos profesionales se entretajan dibujando recorridos entre la experimentación teórico-metodológica y las experiencias clínicas institucionales de mayor y menor continuidad en España, lo que constituye y delimita el *campo-actuación*. (González, 2006)

En ellase abordan:

- por un lado, las experiencias de aquellos arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinares;
- por otro, las experiencias de la doctoranda desde su propio ejercicio profesional, en un ejemplo de comunicación significativa interpersonal, intersubjetiva e interdisciplinar, pues “la comunicación será la vía a través de la cual los participantes de una investigación se convertirán en sujetos de este proceso, implicándose en el problema investigado a partir de sus intereses, deseos y contradicciones”. (González Rey, 2006,)

De esta manera, como una cartografía de posibilidades, las experiencias pasadas realizadas acompañan a la investigadora en el cuestionamiento, entendimiento y mejora de las presentes, confrontándole en el propio ejercicio de mirar la práctica, en este caso con una doble mirada arteterapéutica-investigadora.

Como señalan Gergen y Gergen (2011), “las preguntas son provocadoras; las respuestas infinitas”. Simplificando el sistema, llegaríamos a un círculo de comprensión similar al reflejado en la imagen:

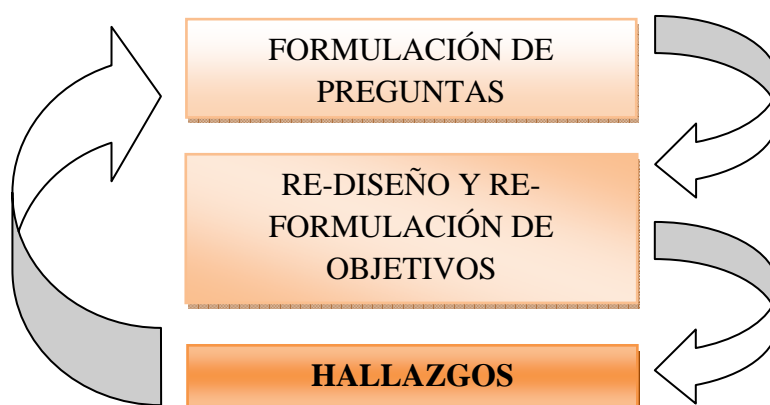


Figura 6-2. Serrano, A. (2015) Estructura circular de la investigación desde la práctica.

Desde los parámetros de la investigación-acción, esta Tesis se apoya en algunas referencias y testimonios nacionales e internacionales que favorecen la diversificación comparativa de experiencias narradas por los agentes arteterapeutas en ellas implicados, lo que ayuda a detectar fortalezas y debilidades en la disciplina pues:

Este método nos permite profundizar en las aportaciones que cada arteterapeuta considera trascendentes para seguir ampliando la disciplina, lo que nos ayuda a darle forma a una idea más concreta de cuáles son las claves necesarias para desarrollarnos como profesión, partiendo de una generalidad, para conocer más las particularidades y, así, conformar la realidad del Arteterapia. (De Aramburu, 2014, p.27)

Para dar forma a estas aportaciones y testimonios se han empleado dos métodos específicos para la obtención de datos, por un lado, la entrevista semiestructurada, realizada a los arteterapeutas y otros profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios en una u otra condición, y por otro, la observación participante, concretada a través de los registros y diarios de campo que han conformado las experiencias que se narran en las *Etnografías*.

Toma sentido así la investigación como una cartografía de observación desde la experiencia de la doctoranda como arteterapeuta-investigadora,

posicionamiento de búsqueda de una mejora en la formación y práctica profesional, profundizando en torno a lo que hacen, cómo y por qué, lo hacen, los arteterapeutas en un determinado contexto de realidad en relación con un equipo de trabajo constituido por personas formadas para ello. En esa aproximación a la realidad tomamos en cuenta que:

Esa realidad es un dominio infinito de campos interrelacionados, independiente de nuestras prácticas, sin embargo, cuando nos aproximamos a ese complejo sistema a través de nuestras prácticas, en este caso la investigación científica, formamos un nuevo campo de realidad, donde estas prácticas se tornan inseparables de los aspectos sensibles a ellas en la realidad estudiada, Son precisamente estos los aspectos susceptibles de ser significados en nuestra investigación. Es imposible pensar que tenemos un acceso ilimitado y directo al sistema de lo real. Este acceso es siempre parcial y limitado a partir de nuestras propias prácticas. (González Rey, 2006, p.44).

La práctica clínica realizada por los profesionales agentes implicados tampoco se desarrolla en esta memoria en un doble intento por validar los hallazgos y conclusiones de su práctica (a menudo ante una doble mirada, la del propio equipo e institución implicada, y la de la administración encargada de su supervisión), como por evaluar los métodos y procesos seguidos para la detección de tales hallazgos.

Bajo este prisma, “la teoría se expresa como un sistema abierto que integra las ideas del investigador, así como el momento empírico particular que caracteriza a la investigación”. (*Ibíd*) No se trata solo de desarrollar una investigación sino de vivenciar un proceso vinculado al hacer personal de cada profesional que se desarrolla en el espacio potencial que posibilita el hecho de que como agente y sujeto de la investigación entienda que “entre la teoría general asumida por un investigador y el momento actual de la investigación, se produce una tensión permanente, lo cual es una condición para el desarrollo del modelo que permitirá la producción de conocimiento en cada investigación concreta”. (González Rey, 2006, *Ibíd.*)

6.2.5 Construccinismo.

Señala López (2009) que “no es posible dar una descripción exacta de la realidad más allá de la que construimos”. (*Ibíd.*). Dicha afirmación nos resulta de utilidad para entender el modo en que el trabajo interdisciplinar se construye y por tanto, cómo se entiende el desarrollo y resultado de esta Tesis. Así, en sus palabras, “el paradigma participativo mantiene que existe una realidad co-creada por los individuos, en la que convergen a través de sucesivos encuentros con su propia presencia. (*Ibíd.*)

De los agentes fundamentales para la concreción de la investigación, el investigador o investigadora y lo investigado, establecen una relación de co-participación. Es decir, “se asumen vinculados en un proceso de interacción, dado que “los resultados” son “literalmente creados” en el proceso de investigación”. (Hernández, 2006 en López, 2009, p.19).

Es por ello que el construccionismo permite a la investigadora abordar a investigación en un proceso más orgánico y menos rígido, en el que reflexión y práctica devienen construcción de realidades conjuntas. En arteterapia, esa nueva “realidad” se construye en la relación triangular, de constante interacción en un espacio simbólico para ser, con el otro, en la creación dentro del espacio terapéutico (López, 2009). Así, “la subjetividad, el hecho de la construcción del significado, está continuamente presente en el proceso arteterapéutico y es visible en todas y cada una de las etapas. (López, 2009, p. 19)

Como marco teórico se fundamenta en la voces subjetivas de los agentes implicados, por lo que rescata también (al igual que lo hace esta Tesis) el valor de los testimonios de los y las arteterapeutas, su valoración y la traducción subjetiva de su experiencia. Coincidimos una vez más con López al entender que “es una metodología de investigación que tiene por objetivo interrogar las políticas que estructura lo personal y articula “un entretejido de relatos y teoría”. (*Ibíd.*)

Tal es el planteamiento del *marco empírico* de esta investigación al integrar y tejer un relato múltiple que traduce finalmente con mas veracidad y riqueza la realidad, que si de un solo relato se tratara. Por ello, la investigación en arteterapia

desde el construccionismo “ trata de obtener una “construcción consensuada” que tenga en cuenta las distintas subjetividades y conocimientos situados que se convocan en el lugar donde se inicia el proceso creador como ayuda en la vida. (López, 2009, p. 20)

6.2.6 Estudios de caso.

De una de las etnografías contextualizadas en el ámbito clínico de salud mental infanto juvenil, aquella que integra la temporalidad y continuidad como eje de la intervención, se extraen una serie de estudios de caso que ofrecen elementos clave para el entendimiento del trabajo en arteterapia desde la interdisciplinariedad, contextualizados en la práctica clínica continuada y la observación directa del procedimiento arteterapéutico que se da en ese marco vincular que propone el caso, cada caso, cada relación, que como señala Izuel:

No es un ejemplo que se pone para enfatizar o ilustrar determinados aspectos que puedan generalizarse de la práctica profesional. En todo caso la generalización posible es la propia invitación a pensar la singularidad, la radical heterogeneidad de cada persona. Sus modos de amar, de sufrir, de odiar, de mantenerse en la ignorancia de su subjetividad [...] De cómo se atenaza en sus conflictos y de la forma en la que plantea las resoluciones. (Izuel, 2015, pendiente de publicación).

De esta manera la mirada focalizada al estudio de caso permite comprender y aprehender la singularidad, en relación con lo colectivo del contexto de que enmarca la intervención, dado que “desde una perspectiva metodológica el estudio de caso es un tipo de investigación que puede integrarse con facilidad en la práctica clínica y que puede acomodar las afirmaciones cualitativas del caso a las mediciones objetivas de su progreso”. (Kaplan, 2007, p. 24)

Como señala la arteterapeuta pionera Margaret Hills, “el estudio de la investigación no solamente nos prepara para hacer investigaciones sino que también nos ayuda a clarificar lo que subyace en nuestro propio trabajo con los pacientes”. (Hills, 2011). En la línea de la terapeuta artística Melissa Mercadal se apunta que:

En el terreno de las artes terapias, la investigación a nivel de estudio de caso puede influir en la práctica clínica de tres maneras: enfatizando “la necesidad de que los terapeutas artísticos entiendan las reacciones normales a los estímulos artísticos; comprendiendo la necesidad de que estos evalúen la efectividad de las intervenciones específicas con diferentes tipos de trastornos”; concretando la manera en que “los hallazgos de los estudios científicos ayuden a perfilar las teorías sobre la práctica de las artes terapias”. (Mercadal, 2011, p.88)

Sin olvidar esa mirada respetuosa hacia la persona, en ese no pre-decir del arteterapeuta, que se ofrece al encuentro y a la relación con la mirada amplia, dispuesta al encuentro con el otro irrepetible.

En ese sentido “la denominación de los estudios de caso no es producto de la elección metodológica; su definición atiende, más bien, al hecho de que el objeto de estudio merece un tratamiento de estudio y análisis en sí”. (Quintanilla y Sarriá, 2015). Para Stake (Stake en Quintanilla y Sarriá, 2015) los estudios de caso pueden ser intrínsecos e instrumentales sin que se consideren excluyentes. En esta investigación se entienden los estudios de caso como instrumentales para la comprensión de una teoría subyacente: la aplicación e integración del arteterapia en el ámbito específico de la salud mental infanto juvenil, desde una perspectiva interdisciplinar. Sin embargo, cada uno de los casos merece por sí mismo el interés y la mirada de un caso intrínseco, pues suponen un aprendizaje único a partir del cual la teoría aplicada cobra sentido, en cada intervención, en cada sesión, en cada producción.

Tal es la relevancia de su uso y desarrollo en la investigación por los y las arteterapeutas que David Edwards señala con acierto que:

Hasta que llegue el momento en el que un número suficiente de arteterapeutas adquiera las habilidades investigadoras necesarias para que la base evidencial de la profesión se extienda, el estudio de caso sigue siendo el medio preferido para describir, evaluar y proveer la base teórica

del arteterapia que se desarrolla en los diferentes contextos con los diferentes grupos. (Edwards, 2013, p.140)

Y especifica algunas características fundamentales y fortalezas de estos que conviene señalar aquí para la comprensión de la dimensión significativa de la presencia de estudios de caso en las investigaciones en arteterapia. Tal es así que:

El estudio de caso supone un método de investigación que presta atención a la individualidad del cliente, a sus necesidades y dificultades específicas y cómo los comunica a través de sus acciones, palabras e imágenes; ofrece una oportunidad para realizar investigación de una manera que simpatiza con la naturaleza de nuestro trabajo y que vincula, por encima de rechazos o límites, con la riqueza, la diversidad, el desorden y la complejidad del proceso terapéutico; ofrece una oportunidad para reexaminar las teorías existentes y ofrece explicaciones alternativas para aquello que acontece en el marco clínico. (Greenwood, 2011; Greenwood et al., 2007; Huckvale and Learmonth, 2009; Isfahami, 2008; Michaels, 2010. en Edwards, 2014, p. 149)

La triangulación de las percepciones y certezas a lo largo del proceso es realizada a través de la supervisión y de las reuniones semanales de coordinación, con la psiquiatra y la psicóloga/s y educador, y trimestrales de coordinación general, con el resto del equipo al completo; y por encima de todo ello, sea cual sea el método elegido, lo que es fundamental es que la comunidad comparta la certeza de que la investigación contribuye a mejorar el rigor del trabajo y la atención a las personas con las que se trabaja.

6.2.7 Herramientas de investigación.

Como ya se ha anticipado, a partir de elementos propios de la investigación cualitativa, se desarrolla una aproximación etnográfica a la realidad del contexto que es mirado, observado, analizado y pensado conjuntamente.

Su concreción es llevada a cabo mediante herramientas descriptivas de investigación tales como:

- La observación participante: arteterapeuta investigadora como agente implicado en la experiencia de observación directa.
- La observación comparativa en función de indicadores, dentro de los límites de la singularidad subjetiva de la que estamos tratando de dar cuenta.
- La realización de entrevistas semiestructuradas en función de unos ejes temáticos que estructuran y dan sentido al desarrollo de la investigación.
- El cuaderno de campo en el que se recogen las valoraciones y reflexiones a partir de las observaciones realizadas, junto con el registro y análisis de las etnografías y los estudios de caso.

Hablar de observación nos remite a la mirada de la investigadora, “en parte dirigida (hacia aquello que quieres ver) y en parte sorprendida (aquello que te llama la atención y que emerge del marco de observación)”. (Hernández, 2011)

En el capítulo sobre el marco empírico se recogen testimonios de experiencias de diferentes arteterapeutas mediante la realización de entrevistas semiestructuradas. El objetivo de las mismas es constatar y visibilizar la realidad del nivel de integración de dichos profesionales en sus centros de trabajo, así como la percepción que estos tienen de esta situación.

Sus contactos fueron realizados en parte mediante el anexo (Anexo III) elaborado por la investigadora *ad hoc* para esta Tesis, y que acompaña al *Cuestionario sobre la realidad profesional del arteterapia en España* (Anexo II) diseñado por FEAPA siguiendo el modelo desarrollado por los musicoterapeutas para el análisis descriptivo de su realidad profesional.

La investigación realizada por FEAPA se mantiene en curso y los resultados no han sido aún analizados en su totalidad. De las 42 respuestas obtenidas a fecha de mayo de 2015, un total de 21 de ellas refleja la realidad del ejercicio profesional en el marco de un equipo interdisciplinar, sin entrar en detalle de tal situación. Esto corresponde a un 50% del total de los y las profesionales que han respondido a la encuesta.

Para conocer en detalle tanto la situación, como la vivencia y percepción de la misma por parte de los y las profesionales, estos fueron contactados y considerados como parte de la muestra.

Para conocer en detalle tanto la situación, como la vivencia y percepción de la misma por parte de los profesionales, estos fueron contactados y considerados como parte de la muestra de esta Tesis, que se amplió la a otros arteterapeutas profesionales a través del contacto con las asociaciones profesionales españolas miembros de la FEAPA. Estas son ANDART *Asociación Profesional Andaluza de Arteterapia*; ATE. *Asociación profesional española de Arteterapeutas*; ATh *Asociación de arteterapeutas transdisciplinarios y desarrollo humano*; AFIA *Asociación foro iberoamericano de arteterapia*, GREFART *Asociación profesional de arteterapeutas* y MURARTT *Asociación Profesional de Arteterapia de la Región de Murcia*.

Una tercera vía de fue directa y por contacto personal y profesional de la investigadora, a través de internet y de diferentes vías colaborativas: asistencia a cursos y seminarios, lecturas, formación permanente, vida asociativa, etc.

Estas respuestas han ayudado a configurar la que se ha llamado en la investigación “Cartografía del arteterapia en los equipos interdisciplinares en España”. Completan la muestra entrevistas realizadas a otros miembros de los equipos que trabajan en los contextos de las etnografías descritas.

Se han empleado cuadernos de registro y notas de campo, tanto del trabajo derivado de las sesiones de arteterapia, para su registro y análisis, como para el trabajo específico de supervisión, para la recogida de las valoraciones por parte de los profesionales en las reuniones semanales de trabajo y en las reuniones trimestrales de coordinación general. Se añade una perspectiva que amplifica la conceptualización de las notas de campo y viene a llamarse diario de campo, que “teje el nuevo relato vinculante” a partir de dichas notas. (Hernández, 2011)

Los medios audiovisuales han sido empleados puntualmente para el registro de sesiones clínicas, como instrumento que si bien no permite captar todo lo acontecido en las mismas, sí amplía las escenas en el marco de la observación.

6.2.8 Análisis de datos.

Para el análisis de las entrevistas y del discurso en ellas empleado por los profesionales, se han empleado el *software* Nvivo10, programa especialmente diseñado para la investigación cualitativa y de métodos mixtos, para el análisis profesional de texto y datos multimedia.

A partir de dicho análisis se han podido organizar los datos resultantes por ejes temáticos e indicadores/nodos, obteniendo así categorías y subcategorías, e incorporando el análisis y valoración de la investigadora, a lo largo del propio procedo de análisis de los datos. Es la investigación que responde a la experiencia, “no tanto por un condicionante sobrevenido de los datos, sino como una nueva manera de establecer relaciones entre ellos que hasta ahora no se hayan establecido”. (*Ibíd.*)

Dichas categorías tratan de responder a las hipótesis planteadas para la investigación, detentando su pertinencia y usabilidad, o no, en función de las respuestas obtenidas desde la práctica real de la intervención.

Pero la relevancia de dichos datos no se entenderá por el número de veces en que aparecen, sino por el valor otorgado a cada una de las categorías por la investigadora, en la escucha de lo que las personas dicen y la relación que se establece entre ese discurso y la propia experiencia. En ese sentido los datos son entendidos como evidencias cualitativas. (*Ibíd.*) Dichas categorías o tipologías son por tanto establecidas en gran parte de una manera cuasi intuitiva, que emerge de la propia experiencia de la investigadora inmersa en la realidad del contexto observado.

Se pretende a partir de ello entender el interés o pertinencia que determinados elementos del discurso de los entrevistados pueda tener, en relación con temas, preocupaciones, dificultades o beneficios que resultan comunes. Asimismo, se persigue discriminar ciertas agrupaciones conceptuales, detectarlas, darles un lugar y significarlas para el colectivo y solo en relación con él.

En este apartado resulta pertinente enmarcar la triangulación de los datos, pero también de los métodos y técnicas empleados para su obtención, a partir de la

colaboración con “evaluadores” que apoyen y validen su diseño y estructura, como son la directora de la investigación, los demás agentes en ella implicados, la supervisora externa, los colegas arteterapeutas profesionales, etc.

Este ejercicio por dar lugar a la voz del otro tanto como a la propia remite a la honestidad y ética del arteterapeuta profesional investigador y su posicionamiento como tal en el campo de interacción.

A partir del ejercicio de triangulación de los datos se persigue en un marco más global y exponencial, atender a las resonancias que pueda tener en la triangulación de las propias disciplinas.

Se entiende como objetivo la obtención de unos criterios, en tanto que valoraciones consensuadas, que sirvan a la comunidad profesional y científica para un común entendimiento y de cuya relación con la realidad observada, trataremos de discernir unos resultados, que darán cuenta fragmentada pero significativa, a modo de conclusiones, de una teoría y una práctica que se ponen en interrelación subjetiva.

En el propio relato de la investigación de tesis ya se está desarrollando el proceso de validación que deriva en dicho corpus conclusivo.



7. Marco teórico. Fundamentación teórica

7.1 Salud mental infanto-juvenil: contextualización para la intervención.

Para entender el marco en el que se sitúa esta investigación, se parte de la revisión de dos planes de atención a la salud mental infanto juvenil a nivel estatal, que han vertebrado las acciones específicas de las comunidades, instituciones, asociaciones y colectivos en la materia de atención a la infancia, con especial énfasis en la salud mental e integral.

En 1990 las Cortes Españolas ratificaron la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño*, lo que supuso un avance en la visibilización y atención a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, que son vistos como agentes activos en la sociedad, con derechos y deberes, por cuya identidad, capacidad y necesidades han de velar los adultos, con especial atención a las familias, y a los diferentes sistemas de atención a los menores desde las áreas de servicios sociales, de educación y de salud. Dicho reconocimiento se considera el hito inicial en un recorrido que aún hoy, permanece en desarrollo.

Entre los objetivos señalados en el *I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* (2006-2009), conocido como I PENIA, se señalaban:

Fomentar el desarrollo de intervenciones de prevención, promoción y protección de la salud dirigidas a la infancia y adolescencia, de prevención de accidentes y otras causas generadoras de discapacidad, incluyendo aspectos de educación afectivo-sexual y educación para el consumo responsable y prestando una atención especial al diagnóstico y tratamiento de las deficiencias y a la salud mental de la infancia y adolescencia (objetivo estratégico 9).

Concretado en el punto 9.6 en el que señala la importancia de “mejorar los servicios de salud mental y de orientación psicológica para los adolescentes, con especial atención a aquellos objetos de intervención por los servicios de protección”; y:

Favorecer un entorno físico, medioambiental, social, cultural y político que permita el desarrollo adecuado de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes, favoreciendo el derecho al juego, ocio y tiempo libre, creando espacios apropiados, cercanos y seguros, promoviendo un consumo responsable, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. (Objetivo estratégico 10).

Para el correcto diálogo entre estos objetivos (y el resto que se recogen en dicho plan) se establecieron una serie de indicadores que permitiesen la evaluación del mismo, entre los que se destaca por su crucial importancia la comprensión de la “principal causa de hospitalización por sexo, grupos de edad, nacionalidad, causa diagnóstica y titularidad del hospital”. Dicho plan fue prorrogado a 2010 y tuvo su continuidad con la aprobación del *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* (2013-2016) (en adelante II PENIA), constituido como marco de cooperación de todas las Administraciones Públicas (estatales y locales) y todos los agentes sociales implicados en los derechos de la infancia, situándola como prioridad política, desde una perspectiva estratégica y legislativa.

Según la *Convención sobre los Derechos del Niño* (CDN) “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. A ellos y ellas de forma específica atiende el mencionado plan, entendiendo en su filosofía que “invertir en la infancia es fundamental para romper el círculo de la pobreza y reducir las desigualdades existentes en una sociedad”.

En el objetivo 7 del II PENIA se incorporan de forma más específica y contextualizada los aspectos relativos a la salud integral del y la menor, concernientes a enfermedad común, hospitalización pediátrica, oncología infantil,

cuidados paliativos y salud mental, desde una perspectiva holística de la persona, e incluyendo a los familiares y profesionales implicados como objetivo subyacente a su vez, de la atención prestada al menor.

Se refiere concretamente a la salud mental infanto juvenil señalando que cabe destacar la recomendación que el CDN hacía de la formulación de una política nacional de salud mental infantil que:

Incluya la promoción de la salud mental y el bienestar emocional, así como la prevención de los problemas comunes de salud mental, en las escuelas y en la atención primaria de la salud, y establezca equipos de profesionales especializados en la salud mental infantil para que atiendan a los niños necesitados en los servicios ambulatorios y hospitalarios.

El aspecto más llamativo es la alarma y preocupación mostrada por el CDN “en relación al aumento de la medicación” [...] recomendando explícitamente “un mayor acceso a intervenciones psicológicas y sociales para abordar las dificultades de salud mental en la infancia”. Se volverá a este aspecto más adelante.

Dicho objetivo se concreta en algunos puntos específicos, entre los que se recogen textualmente aquellos considerados relevantes para esta investigación:

7.3.-Prevención de la sobremedicación e intoxicaciones accidentales: Diagnóstico y tratamiento adecuados, en especial en relación al TDAH y otras dificultades de conducta, con objeto de prevenir el abuso en el consumo de sustancias. Extremar las medidas preventivas para evitar intoxicaciones accidentales.

7.9.-Estrategias en Salud: Salud Mental y otros problemas de salud infanto juvenil:

7.9.1. Diseñar un Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil que incida en la promoción de la salud mental positiva, la prevención de los problemas de salud mental en la escuela y en los servicios de atención primaria y potencie la creación de equipos profesionales que atiendan los problemas de salud mental infantil tanto de forma ambulatoria como en el internamiento.

7.9.2. Mejorar y ampliar los servicios y programas orientados a la salud mental y de orientación psicológica para los niños y adolescentes, con especial atención a aquellos con especial vulnerabilidad.

7.9.3.-Estrategia en Cáncer del SNS: promover que la atención se realice en unidades multidisciplinarias de oncología. Potenciar la atención psicológica y educativa desde el momento del diagnóstico y hasta su curación, incluyendo la rehabilitación en su caso. Potenciar y fomentar la atención integral a niños y adolescentes con cáncer en el SNS

7.9.4. Promover la identificación de aspectos relevantes para mejorar la atención a niños y niñas y adolescentes con enfermedades reumáticas y músculo-esqueléticas y su transición eficaz a la vida adulta.

7.9.5. Proporcionar a la población infantil y adolescentes con enfermedad en fase avanzada terminal y a sus familiares una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo.

7.9.6 Incluir la población infanto-juvenil como población diana en las acciones encaminadas a estratificar a la población en función de las necesidades sanitarias y sociales, como paso previo al diseño de intervenciones coste-efectivas específicas para los distintos grupos de pacientes adaptadas a las referidas necesidades.

7.9.7 Desarrollar un proyecto de mejora del abordaje del dolor crónico en el Sistema Nacional de Salud que incluya la población en edad pediátrica.

Cierran el I PENIA y son agentes activas en la redacción del II PENIA, la relación de comunidades con planes específicos de acción en la materia, entre ellos la Comunidad de Madrid con el *II Plan de atención social a la infancia en la*

Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2003), que encuadra las experiencias recogidas en el marco empírico de esta investigación.

Aún a pesar de los evidentes esfuerzos que tales documentos hacen parecer prioritarios, la realidad es que queda camino por recorrer en los aspectos señalados con anterioridad en relación con los ajustes diagnósticos y de tratamiento, que resten protagonismo a la respuesta farmacológica en aras de una intervención terapéutica y psicoterapéutica más completa, heterogénea e integral. Señala Hidalgo que:

A pesar del indudable avance en los servicios de salud mental para niños y adolescentes y de su paulatina incorporación a las prestaciones sanitarias, varios estudios señalan que la provisión de atención a la salud para niños con trastornos psiquiátricos es inadecuada y a muchas familias no se les ofrece un diagnóstico exacto hasta años después (Semansky and Koyanagi, 2003). Por este motivo, pensamos que una revisión sobre la asistencia sanitaria en salud mental específica para jóvenes y niños es necesaria para realizar un diagnóstico de la situación y poder hacer frente a los desafíos que este tipo de trastornos suponen para el sistema nacional de salud. (Hidalgo, 2009).

La *Asociación Española de Neuropsiquiatría* (AEN) publicó en 2010 los datos relativos a la atención a la salud mental en las diferentes comunidades autónomas cuyo informe descriptivo valoraba las respuestas obtenidas por el observatorio de la AEN en una encuesta diseñada al efecto en relación a tres bloques fundamentales: el modelo de organización de la red de atención a la salud mental; la red asistencial (adultos e infanto juvenil); y la docencia, formación continuada e investigación. Además de la publicación de datos, fundamentalmente cuantitativos, mediante la web del Observatorio, se consideró la necesidad de elaborar y publicar:

linformes descriptivos por comunidades autónomas que permitiera trascender de la mera presentación de datos para transmitir una valoración cualitativa de los servicios de salud mental, de sus fortalezas y debilidades,

tal como son valorados por las diversas asociaciones autonómicas de la AEN. (Jiménez, 2010)

En relación con lo expuesto en la introducción a esta investigación y el marco sobre metodología de investigación, se refuerza la idea sobre la necesidad de integrar los posicionamientos epistemológicos y teórico-metodológicos cuantitativos y cualitativos, no solo en la intervención y en la investigación, sino como muestran estas palabras, en la revisión y análisis de los recursos y realidad social de la atención a la salud mental de las personas en España, pues “la salud mental no se debe circunscribir únicamente a los trastornos mentales, sino que la salud mental debe ser entendida como recurso esencial para la vida de las personas y que se moldea con las experiencias del individuo”. (*Ibíd.*)

El autor señala que tras la reforma psiquiátrica en los años 80 se adopta un modelo comunitario y sectorizado de atención a la Salud Mental con una concepción integral e interdisciplinar, que para los niños y adolescentes se concreta en *Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil*, *Unidades de Hospitalización Breve Infanto Juvenil* y *Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto Juvenil*. Los profesionales presentes en los equipos interdisciplinarios son médicos psiquiatras, psicólogos y psicólogas clínicos, diplomados y diplomadas en enfermería especializada, trabajadores y trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, administrativos y otros, que desarrollan programas de evaluación y diagnóstico, tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, tratamiento familiar, psicoterapia grupal, tratamiento a trastornos generalizados del desarrollo, programas de apoyo, programas comunitarios y otros. (*Ibíd.*)

Algo más específico al respecto es el Libro *Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, publicado en 2013 por la Fundación Alicia Koplowitz, en el que se detalla que:

El abordaje de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente se realiza normalmente mediante la intervención de equipos multiprofesionales que

dan un punto de vista amplio y multisectorial en el tratamiento de los pacientes. Estos equipos se conforman alrededor de un núcleo básico compuesto por un psiquiatra y un psicólogo clínico. (Libro Blanco, 2013)

En algunas Comunidades Autónomas estos equipos incorporan un mayor número de perfiles profesionales, entre los que se encuentran:

- Personal de enfermería.
- Auxiliares de enfermería.
- Trabajadores sociales.
- Terapeutas ocupacionales.
- Otros perfiles: pedagogos, etc.

En la Comunidad de Madrid el *Plan Estratégico de Salud Mental* (2010 – 2014), el documento más actualizado de los que nos contextualizan para el marco empírico, que ubica al paciente como centro del sistema, amplía la idea de la atención integral desde un modelo bio-psico-social de la enfermedad mental como el que se propone en esta investigación, “teniendo en consideración lo bio-psico-social que va de lo individual a lo social pasando por lo específicamente psíquico” (*Ibíd.*); diferencia la atención a la salud mental de niños y adolescentes que pasa a ser considerada como un área asistencial especializada, y se establece que la actividad asistencial sea desarrollada por equipos multidisciplinares, estructurados metodológicamente de forma interdisciplinar. En lo relativo a la gestión de los recursos humanos el plan señala la necesidad de:

Potenciar la colaboración entre equipos de distintas áreas y dentro del propio equipo, con la tarea común de perfeccionar los procesos y perfilar para cada proceso la tarea a realizar por cada profesional, además de los indicadores, criterios de derivación, cartera de servicios y modalidades de tratamiento. (*Ibíd.*)

En relación a lo bio-psico-social se entiende para esta investigación que las personas no viven en un vacío sino entramadas en un ambiente de relaciones

sociales y vínculos. Como señala Wolrberg “hay un gran cuerpo de evidencia que muestra la relación entre la extensión y vigor de los vínculos de integración social y comunitaria, con la salud de los sujetos que viven en esos contextos. Más y mejores redes, mejor salud”. (Wolfberg, 2002, p.19).

Ese entramado de relaciones es origen de bienestar y sufrimiento emocional, ambos como polos de un mismo continuo que atraviesa la experiencia vital del ser humano.

En dicho *plan estratégico* se consideran los trastornos mentales de los niños, niñas y adolescentes de etiología multifactorial, esto es que en ellos, factores individuales, familiares y del entorno sociocultural contribuyen tanto al desarrollo del trastorno como a su forma de presentación y a su mantenimiento, y conllevan un alto coste en términos de sufrimiento para la persona y para la familia. Más allá de los ya mencionados, algunos de los principios básicos para la asistencia a los niños, niñas y adolescentes ha de tener en cuenta que:

El diagnóstico y el tratamiento de los niños y adolescentes debe contemplarse de forma integral atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida (salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social), considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales. Además, debe considerarse el carácter evolutivo del desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia y la dependencia e influencia del entorno en el mismo. Dichas especificidades requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa que no son meras adaptaciones de las intervenciones realizadas sobre los adultos. Los factores del entorno socio-familiar han de ser tenidos muy en cuenta para la comprensión etiopatogénica, el diagnóstico y para el abordaje terapéutico de la patología emergente. (Plan estratégico 2010-2014)

De igual manera, se establece que:

Las intervenciones psicoterapéuticas en sus distintos formatos y orientaciones tienen un valor fundamental en el tratamiento de los problemas mentales en la infancia y adolescencia. Debe asegurarse el acceso de los pacientes a las diferentes modalidades terapéuticas específicas de la infancia, que para ser eficaces deben ser implementadas en condiciones adecuadas en cuanto a duración frecuencia así como a la formación en cada tipo de terapia de los profesionales que las realizan. (*Ibíd.*)

Hilando lo que al respecto de la composición de los equipos en las instituciones los diferentes documentos muestran, en el libro blanco se señala que en ese sentido que:

Para poder ofrecer una asistencia óptima a los pacientes, la unidad básica con la que cuentan los dispositivos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un equipo multidisciplinar, que cubre todos los aspectos relacionados con la patología de este colectivo. Estos equipos multidisciplinarios suelen estar integrados por psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, y en menor medida otros perfiles profesionales tales como terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, pedagogos, etc. (*Ibíd.*)

Como se deriva del documento son los perfiles de psiquiatría, psicología clínica y en menor medida, la enfermería clínica (especializada) los que se encuentran en cada uno de los dispositivos, si bien la existencia del resto de perfiles no es siempre la misma; igualmente, la ordenación de estos recursos en las comunidades autónomas es a menudo desigual. De hecho, cabe destacar:

En este apartado la situación concreta de la Comunidad de Madrid, en la cual las competencias han sido derivadas a cada ámbito hospitalario y su área de influencia, organizándose este campo de conocimiento, según las necesidades detectadas en cada caso específico. (Libro blanco).

A su vez se señala en el libro que no se han incluido en el análisis de la distribución de los perfiles profesionales el resto de disciplinas:

Dado que en numerosas ocasiones el resto del personal no tiene una dedicación plena a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, ya que también realizan funciones con el colectivo de adultos (en el caso del personal de enfermería o auxiliares, por ejemplo), o pertenecen a otros Departamentos (como puede ser el caso de los pedagogos). (*Ibíd.*).

Por las dificultades encontradas en la ubicación de los y las arteterapeutas en la previsión estatal y local de los recursos para la atención de los niños, niñas y adolescentes en salud mental, dado que no se prevén recursos específicos relacionados con la disciplina en las instituciones, se hace necesario señalar que la implantación futura de tales recursos, y tal y como se recoge en el anterior punto, habrá de requerir la contratación de profesionales arteterapeutas con formación específica en materia de atención a la salud mental y psiquiatría infanto juvenil, para la realización del trabajo desde arteterapia. Contribuirá a esclarecer los límites y diferenciación entre las disciplinas y a definir las competencias específicas de los profesionales en materia de salud mental infanto juvenil. De igual manera, habrán de redactarse planes específicos que incluyan acciones, perfiles y evaluación de los mismos.

En el Anexo II del documento se incluye el modelo técnico para hospitales de día, en el que se describe el catálogo de servicios que desde este dispositivo se ofrecen. Al mencionar la terapia ocupacional, desde un abordaje individual y/ o grupal, se hace referencia a:

Las capacidades de la persona para adaptarse a su roles ocupacionales a través de Actividades de la Vida Diaria, Educación, Trabajo y Ocio y Tiempo libre, por medio de programas que incluyen técnicas corporales, cognitivas, de comunicación y creatividad y productivas. (*Ibíd.*)

Es la primera mención en tal catálogo a la creatividad como estrategia para la intervención desde los diferentes abordajes. Entre ellos, el teatro, la danza, la música y las artes plásticas, etc. son contemplados como experiencias personales, sin un encuadre terapéutico específico ni un rol profesional concreto para dicha intervención, que solo se concreta en la modalidad de trabajo con el cuerpo con técnicas específicas. De ellas se dice que “constituyen una actividad importante para la puesta de manifiesto de alteraciones en el funcionamiento del individuo y en la búsqueda de esa integración funcional propia de la salud”. (*Ibíd.*)

Tras un profundo análisis de los documentos contextualizados solo se alcanza a definir a los y las arteterapeutas en el apartado “etc.” y “otros” que suelen cerrar cada unas de las frases que hacen alusión a los perfiles profesionales integrados en los equipos. Entendemos esta valoración como cierta dado que su existencia y trabajo son una realidad que viene demostrada por la respuestas de los y las profesionales que están trabajando en dicho contexto, algunas de ellas recogidas en la *cartografía del arteterapia en los equipos interdisciplinares en España*, primer punto del marco empírico de esta investigación.

Véase un ejemplo en relación al reciclaje profesional y formación continuada específica que se entiende que los profesionales en el campo han de tener. De forma específica se señala en el libro blanco que:

Uno de los pilares básicos sobre los que se debe sustentar su desarrollo para los próximos años es la formación de nuevos profesionales, que permita seguir ofreciendo una atención de calidad a su población de referencia. Disponer de un sistema de formación propio de este campo proporcionará unas habilidades y conocimientos concretos y específicos a todos sus profesionales, normalizando y homogeneizando la atención ofrecida independientemente de dónde sea atendido el paciente. (*Ibíd.*)

Y añade como primer nivel definido para esta formación:

La relativa a los estudios de grado en la que señala hace referencia a toda la formación recibida por los alumnos universitarios. En el caso de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, abarca a todos los perfiles profesionales que componen los equipos de atención multidisciplinarios: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, pedagogía, etc. (*Ibíd.*)

Cabe preguntarse, una vez más, por ese etcétera y sus condiciones, perfil y funciones.

Se introduce aquí una variable que puede ser decisiva en los aspectos relativos a la consolidación profesional de los y las arteterapeutas, la formación de grado en terapias artísticas que permita a su vez una especialización posterior tanto en la rama de trabajo desde la que abordar la intervención, como del ámbito específico en el que se quiere especializar el y la profesional futuro. Parte de esta especialización se concretaría en la formación de post grado (máster y doctorado). Del devenir de este desarrollo en las formaciones y posterior especialización, y hasta la existencia de órganos de regulación y lucha profesional más consistentes, habrán de encargarse las asociaciones profesionales de arteterapeutas potenciando con ello e impulsando el campo de conocimiento del arteterapia y su aplicación, de igual modo en que han hecho en otras disciplinas consolidadas, como lo es por ejemplo, la psicología.

Si bien resta mucho camino por recorrer, la detección de las necesidades y ámbitos de mejora, supone un avance cualitativo respecto de una situación anterior, que nos permite establecer objetivos de trabajo en diferentes direcciones: protocolos de investigación específica en arteterapia para patologías concretas y protocolos de actuación e intervención integrales en los que sean tenidas en cuenta las observaciones y hallazgos desde el arteterapia, con datos y elementos que los avalen.

La necesidad de esclarecer las competencias específicas del perfil profesional no es exclusiva de los y las arteterapeutas. El colectivo profesional

especializado de la atención a niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental, señalan recomendaciones y áreas de mejora que tienen que ver con los aspectos citados y con la definición de la cartera de servicios y homogeneización de la misma a nivel de las comunidades autónomas; la identificación y definición de las competencias y funciones de cada profesional dentro de los equipos de trabajo, “y la cuantificación y homogeneización del puesto, responsabilidades y funciones de cada uno de los perfiles profesionales con los que debe contar cada dispositivo: psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social, etc.”. (Libro Blanco). Resulta interesante para cerrar el apartado señalar que se incluye en el citado libro un anexo IV específico en relación a las consideradas mejores prácticas a nivel internacional en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, con mención a Reino Unido y Canadá, ambos países de trayectoria consolidada en arteterapia, con el reconocimiento de su práctica y los profesionales que la desarrollan.

De hecho, las citadas mejores prácticas fueron promovidas en Gran Bretaña por el sistema de salud nacional (NHS), mismo organismo que reguló el estado profesional de los y las arteterapeutas dentro del propio sistema, con el registro de profesionales pertinente y el reconocimiento y protección de su formación, formación continuada, etc. (ya mencionados en la introducción a esta investigación).

Dicho modelo es desarrollado desde la *Child and Adolescent Mental Health Services* (CAMHS) y cabría ser entendido en nuestro país como base de esas buenas prácticas, desde una mirada inclusiva, heterogénea y abierta a las prácticas que conlleva, pues los perfiles profesionales presentes son psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas familiares, psiquiatras infantiles o de adolescentes, enfermeras y trabajadores sociales, especificando en la página web del servicio “que puedes encontrar otros profesionales, por lo que si te dan cita con un profesional en la CAMHS y no sabes cuál es su trabajo, es bueno preguntar”. Igualmente se señala la existencia de una unidad docente dentro del programa en colaboración con la *University College of London* llamada *CAMHS Evidence Based Practice Unit* (CAMHS

EPBPU), que promueve la práctica basada en los resultados y la evidencia, esto es, en la investigación.

Dichas prácticas parecen arrojar pistas como señuelos a seguir, pero no se debe olvidar que las políticas en recortes sociales y de derechos, así como a paulatina privatización de servicios, entre ellos la sanidad, han frenado el que hasta 2008 parecía un camino de crecimiento convergente. Se señala en el *Informe sobre de la situación actual de la salud mental*, desarrollado por la *Asociación Madrileña de Salud Mental* en Septiembre de 2014, que:

Tres cuestiones han afectado a la organización de la red con especial relevancia: en primer lugar el cambio de modelo sanitario con la introducción de mecanismos de mercado y la creciente presencia de proveedores privados en la gestión de recursos; en segundo lugar el proceso de adscripción de los servicios de salud mental a las gerencias de los hospitales y finalmente los recortes presupuestarios por las políticas de austeridad. (AMSA, 2014)

Una realidad que merma las posibilidades de desarrollo y crecimiento de los profesionales, y por consiguiente, la potencialidad de los tratamientos desarrollados y su incorporación paulatina a los protocolos específicos de atención.

Criterios diagnósticos y principales grupos de patologías

Es difícil a menudo comprender donde está el límite que separa lo normalizado de lo patológico en el desarrollo de un niño o de una niña. Conviene tener en cuenta que:

El niño, en su desarrollo normalizado cuenta con una serie de recursos, internos y externos, en los que se sustenta para su desarrollo personal y crecimiento. Los considerados internos son aquellos con los que nace, el

temperamento, la capacidad intelectual, la capacidad de vinculación (empatía), psicomotricidad, etc. Los demás son aquellos relacionados con el ambiente que rodea al niño en sus primeros años de vida: familia, colegio, recursos sociales, centro de salud, etc. que deben ayudar a que el niño pueda desarrollarse en toda la potencialidad con la que nace. (Informe Cogesín, 2010).

En la mayoría de los casos, la equilibrada interrelación entre ambos dará lugar a un ajustado desarrollo, pero no siempre es así pues:

El camino que el niño tiene que recorrer hasta la madurez no es fácil. Visto en su conjunto es un sendero largo y difícil. Va consiguiendo nuevas metas, pero no siempre van a ir bien las cosas. Tiene que ir superando obstáculos y sorteando dificultades que a veces son infranqueables y no sólo por los riesgos que vienen de fuera sino por problemas y daños que están en su interior, en su organismo. Un 15% de los niños va a tener problemas psicopatológicos que exigirán una ayuda profesional, y un 30% va a sufrir fracaso escolar. (Rodríguez, Lozano y Caballero, 2000)

Por su parte, la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define la salud mental como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Por tanto, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (Libro Blanco, 2013)

El desarrollo psicológico normal del niño o la niña atraviesa y es atravesado por una serie de fenómenos psíquicos desde su nacimiento, que tendrán una huella en él y ella, en mayor o menor medida, y que se engloban para su entendimiento en relación con cuatro áreas de desarrollo interconectadas: el desarrollo físico y

psicomotor, el desarrollo cognitivo, el desarrollo afectivo y el desarrollo social. En dicho proceso influyen factores biológicos, psicológicos y sociales, que como veremos unos párrafos más adelante, empujarán al niño y a la niña en una vía diferente de desarrollo y crecimiento, pudiendo esta ser fuente de sufrimiento y malestar psíquicos desde edades muy tempranas.

La etapa infanto juvenil como marco de comprensión ha de incluir la aceptación de características sobre la estructura básica de la persona, que se pueden organizar en torno a tres ejes: edad, dependencia y plasticidad. Entre ellos, rige una premisa: a menor edad, mayor dependencia y mayor plasticidad; y al contrario. Por ello, debe el y la profesional:

Informarse del desarrollo psicobiológico y social del niño hasta el momento en que lo conocemos y en qué medida el problema le ha afectado o le puede afectar en el futuro. Tenemos que insertar su problema en su biografía. Solamente podremos entender sus dificultades y lo que le ocurre si no nos olvidamos del sentido evolutivo y cambiante de la personalidad infantil y su devenir existencial. (Mesa en Rodríguez, 2000, p. 49)

En relación con la edad habrá de tenerse en cuenta el punto de evolución, lo que implica conocer qué se puede esperar de cada persona, así como conocer los procesos evolutivos, motores, cognitivos, sociales y emocionales en que se encuentran. Por ello, la intervención que se realice habrá de estar atenta al cambio pues la transición entre lo normal y lo patológico es difusa y exige de los y las familiares, cuidadores y profesionales, un criterio amplio y rico en conocimientos acerca de la persona, que nos permita “enjuiciar justamente lo que es normal o patológico en los comportamientos infantiles concretos”. (Rodríguez, *et al*, 2000). En cuanto a la dependencia, se dará necesariamente respecto de los adultos y del entorno (padres, cuidadores y educadores). De ella se deriva la importancia de contar con ellos, tanto como portadores de información relevante (antecedentes, aparición, posibles causas, consecuencias,...) como por ser agentes del “problema”, incluso parte del origen, adherencia, etc. Y en relación con la plasticidad, se tendrá

en cuenta que los niños, niñas y adolescentes, son personas ávidas de estimulación, que procesan todo lo que ocurre a su alrededor, de manera tal que aún pareciendo estar “en sus cosas”, su atención es muy versátil.

Por todo ello, se habrá de compartir la necesaria revisión del uso de los criterios diagnósticos que actualmente se aplican a los menores. Como se ha señalado anteriormente, el diagnóstico pasa a ser parte de la identidad, siempre desde una perspectiva parcial y reduccionista de esa identidad. “Es preferible intentar completarla de otro modo más flexible y amplio, pues el recurso categorial compromete profundamente el reconocimiento de los demás y su propia verdad”. (Colina, 2013, p. 115) Es frecuente encontrarse en la clínica infanto juvenil con la falta de un criterio diagnóstico claro, o por el contrario, con una secuencia temporal de ellos que llevan a los menores de unos profesionales a otros, sumando etiquetas que no terminan de “encajar” con aquello que nos cuenta de sí la persona, sea cual fuere el modo en que lo cuenta.

Señala Stuart que a menudo estos errores cometidos por el profesional pueden deberse a diferentes factores entre los que se encuentran “la ignorancia, los errores humanos, el abuso del nominalismo, el enfrentamiento de un acercamiento más “técnico” a uno más “artístico”, el abuso del etiquetado o por el uso de una doctrina psicológica y su “lenguaje” exclusivista” (Stuart. En Mesa, en Rodríguez, 2000). Quiere entender la investigadora que no siempre es así. Colina señala al respecto que:

A veces se tarda en emitir un diagnóstico porque no se acierta a entender lo que nos cuenta el paciente y no sabemos valorarlo. Así que preferimos esperar para tener un conocimiento más completo. No conviene precipitarse y alzar una barrera conceptual por delante, casi siempre construida para no comprender más y desprendernos del problema. No obstante, para dejar deliberadamente en suspenso el diagnóstico, como conviene recomendar de forma estratégica, se precisa suficiente seguridad para asumir algunos riesgos. En realidad, cabe sostener que la clínica, en su sentido más noble y preciso, se sitúa antes y después de la clasificación.

Antes, mientras se intenta saber lo que tiene el paciente; después, cuando se quiere saber lo que le pasa. A partir de ese momento, cuando empieza a dominar el pasar sobre el tener, renunciamos al diagnóstico, lo deconstruimos interiormente y deja de sernos útil. (*Ibíd*em, p.116)

Se trata de visibilizar con la contraposición de estos argumentos que muestran dos caras de una misma moneda, que un diagnóstico precoz resulta clave para el entendimiento de las comprendidas como “anomalías”, de darse, en el esperable desarrollo evolutivo de un menor, pero se ha de tener extremo cuidado en diagnosticar a personas que se encuentran inmersas en ese propio proceso evolutivo, cuyo carácter y personalidad se encuentra en pleno desarrollo dado que “en la medida en que el discurso del déficit personal va ganando credibilidad científica y pasa a ser del dominio público, estos conceptos se integran en la construcción que hacemos de nosotros mismos”. (Gergen y Gergen, 2011, p. 42).

Entre los factores de riesgo sociales que pueden derivar en riesgo y sufrimiento psíquico se encuentran la pobreza, la desestructura familiar, la falta de atención de los referentes parentales, la ausencia de uno de ellos, el desempleo, el consumo, la violencia, la enfermedad, etc. Se consideran desencadenantes inmediatos los encuentros y desencuentros con los y las iguales, que a menudo se traducen en rechazo (soledad), demanda del grupo (adaptación a las normas sociales), etc. Muchas veces, este rechazo se manifiesta mediante la agresión, basada en las diferencias individuales (por motivos de raza, de religión, de acento, etc.). Para el logro de la inserción social a menudo los menores se mueven por imitación, se inician en el consumo, se asimilan a conductas inadecuadas, como vía de adaptación a esos otros, los iguales, y vía de acceso a la normalidad.

De forma generalizada se puede afirmar que la necesidad de referentes estables del mundo adulto que no siempre están presentes como deberían, o no ejercen la labor de contención que los menores demandan, hace que muchos otros profesionales, a menudo los educadores (formales y no formales), estén

desempeñando roles que no les corresponden y que confunden y desajustan a los niños, las niñas y los adolescentes.

A veces incluso las dificultades en la infancia y en adolescencia son percibidas como crisis, como conflicto que afecta a las generaciones familiares, generando conflictos que no siempre son psicopatológicos y que a menudo se confunden. En cualquiera de estas situaciones la vivencia de una situación familiar desestructurada produce bloqueos emocionales que atrapan al individuo. El impacto psicológico de la situación le va limitando en la comunicación hasta producir un desequilibrio emocional que no permite a la persona su adaptación y evolución en su contexto de vida. Según Ericson:

El mayor factor de riesgo en la etapa mencionada es la confusión (cit. Por Wolfberg p. 109), no poder ir logrando una autodefinición, una fidelidad a ciertos valores aunque fueren cambiantes, una cierta versión de sí. Hoy los adultos no acompañan mucho a los jóvenes y del no logro de esta etapa pueden derivarse la psicosis, la delincuencia, los trastornos de identidad [...] El primer factor de riesgo entonces es el prejuicio y la primera medida de prevención es abrir una mirada respetuosa. (Wolfberg, 2002, p. 109)

Para el entendimiento y clasificación de los diferentes trastornos más incidentes en los niños, niñas y adolescentes, revisaremos los sistemas comúnmente utilizados: el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM), elaborado por la *Asociación Estadounidense de Psiquiatría*, cuya última versión fue publicada en 2013 (DSM5), y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10, décima versión), elaborada por la OMS, de forma no específica para el campo de la psiquiatría y la salud mental. En el libro blanco de la psiquiatría se detallan los principales grupos de patologías de cada uno de estos manuales. Nos referimos a tal agrupación por la vigencia y contacto de dicho documento, con la realidad de la intervención clínica. En España prevalece el uso del CIE-10 y será el que empleemos para comprensión de los casos expuestos en el marco empírico de la investigación.

Se entienden dichos sistemas de clasificación como sistemas de consenso que permiten el entendimiento entre los profesionales fundamentalmente, pero también entre los pacientes, los familiares y el resto de agentes implicados. De ello, es fundamental poder referirse a lo mismo o más parecido cuando algo se nombra: ¿a qué se está haciendo referencia cuando se habla de patología, de síntoma, etc.? Desde esta perspectiva:

Diagnosticar supone delimitar los hechos clínicos y establecer unas fronteras para que podamos distinguir unos hechos o fenómenos de otros parecidos. Saber diagnosticar supone diferenciar y distinguir, y para ello debemos utilizar un lenguaje y unos términos en los que todos estamos de acuerdo, porque en caso contrario caeríamos en la selva del nominalismo, que es el hecho peligroso de que cada autor o cada profesional emplee términos diferentes de los demás para el mismo síndrome. (Rodríguez, 2000, p. 61)

Tal y como se mencionan en el libro blanco que ha acompañado parte de estas reflexiones, en el DSM 5 las patologías vinculadas a la infancia y la adolescencia se definen como:

- Trastornos del desarrollo neurológico (que incluye discapacidades intelectuales, trastornos de la comunicación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del desarrollo neurológico).
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.
- Trastornos de la excreción.
- Trastorno del sueño-vigilia.
- Disforia de género.
- Trastornos destructivos, el control de los impulsos y de la conducta.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Por su parte, en el CIE10 se definen como:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
- Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos.
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
- Trastornos de humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
- Retraso mental.
- Trastornos del desarrollo psicológico.
- Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia.
- Trastornos mentales sin especificar.

Un diagnóstico es siempre un elemento que distorsiona la percepción que de sí mismo tiene la persona y los otros, pero no se puede trabajar al margen de él, sino que debería articularse la intervención integral en torno a él, como una parte más, que sirviera de marco de comprensión de la persona, pero que permitiera a los profesionales el diálogo con una realidad personal subjetiva, única e irrepetible. En palabras de Colina:

En el camino de esa utopía, un primer escalón podría consistir en diseñar una psicopatología que no recurra a los diagnósticos, ni a cualquier nombre

propio que no fuera el que figura en el carnet de identidad de los afectados. Bastaría con estudiar lo que cada uno en su sufrimiento tiene de común y de diferente con los que sufren al lado. (Colina, 2013, p. 120)

Por más que el trabajo trata de centrarse en la persona, en sus capacidades, en el entendimiento de cómo sus dificultades están inhabilitando su capacidad para relacionarse consigo mismo y con el mundo, la vivencia del diagnóstico, la percepción de la enfermedad mental por parte de la sociedad y, con ello, la aún vigente presencia del estigma a ella asociado, incluso entre los propios profesionales que con él trabajan, invaden a menudo a los niños, niñas y adolescentes, arrasando con mucha de la energía, voluntad y empeño que han de poner, desde edades tempranas, en su autocuidado y mejora, para seguir adelante proyectándose hacia el futuro y hacia la vida.

En cualquier caso, es un debate a tener en cuenta en el ejercicio de la clínica desde la mirada arteterapéutica que pondrá en reflexión y juicio un posicionamiento explícito desde la capacidad para ser y crear que las personas, más allá del diagnóstico, siempre, indiscutiblemente, mantienen. Sabemos que:

El diagnóstico de enfermedad mental supone, aún hoy día, un estigma a nivel social y además, el tener algún trastorno mental puede limitar la capacidad de integración en la sociedad y llevar a situaciones de exclusión. Por otro lado, las situaciones de exclusión pueden ser un factor de riesgo importante para padecer determinados trastornos mentales. (Informe Cogesín, 2010)

No se trata por tanto de no contemplarlo como parte del mapa de comprensión de la persona, pero sí de ubicarlo como eso, como una parte del mapa que no tiene sentido si no es en relación con el resto. Esa otra parte del mapa se compone de la subjetividad de la persona, de sus deseos, de sus proyectos, de sus necesidades, esa parte del conocimiento de la clínica a la que solo a través de la intervención y del encuentro con las personas, se logra llegar.

Es cierto que para prosperar en la comprensión de las cosas hay que ir delimitando el terreno de nuestro conocimiento y avanzar de peldaño en

peldaño, lo que naturalmente exige acotamientos y conceptualizaciones graduales, pero nada nos obliga a ese cierre prematuro del pensamiento que caracteriza al diagnóstico en general. (Colina, 2013, p. 117).

En palabras de Mesa:

Preparar el camino para que sea posible la intervención es un objetivo que tendremos presente desde el momento que tomamos contacto con el niño. Todos los datos que poseamos sobre su estado psicológico o psicopatológico tendrán como último objetivo servir para una eventual ayuda. La formulación del juicio clínico que es la concreción final debe poseer también, junto a la expresión de nuestra opinión, una propuesta de tratamiento. (Mesa, 2000, en Rodríguez, 2000-2012, p.63)

Uno de los puntos en los que la sanidad está mal posicionada en opinión de la investigadora es en considerar la edad en la que la atención a la salud mental infanto juvenil se limita y el adolescente pasa a la red de atención a adultos. No en todas las comunidades autónomas esto se da a los 18 años, si bien se considera incluso esta edad, en algunos casos, prematura. Al ser la adolescencia una construcción sociocultural, las diferentes culturas y épocas se han acercado a ellas de manera diferente. En este planteamiento, la finalización de esta fase vital requiere de continuas redefiniciones que acojan los cambios sociales, y con ello, los cambios en los constructos sociales.

Y por si fuera poco, cada niño tiene una identidad propia, una individualidad que hace que una misma causa pueda generar respuestas diferentes. Determinar las causas de los trastornos pone a prueba la pericia del clínico. La complejidad y la dificultad de conocer la dinámica del proceso etiopatogénico es comparable con los otros dos grandes hitos de la psicopatología infantil: la elaboración del juicio clínico (no un simple diagnóstico) y la elección y la aplicación del tratamiento que debe ser siempre multimodal, con varios caminos integrados el psicológico, el biológico, el familiar y el social. (Rodríguez et al., 2000, p. 246)

Como resultado de las nuevas situaciones laborales, familiares y sociales, la transición al mudo adulto es hoy en día más progresiva y lenta, creándose “espacios” difíciles de categorizar, inclusive integrando una posible postadolescencia que se posterga hasta edades entre los 20 y 22 años. Ya existen en algunos países, como los mencionados en las mejores prácticas en el epígrafe anterior, programas de transición para estos menores hacia su vida adulta, en tanto que han de permanecer ligados al malestar psíquico y sus protocolos e instituciones.

Para el abordaje de las patologías mencionadas, la práctica habitual es establecer a su vez, protocolos y programas de actuación, lo más específicos posibles “que permitan un diagnóstico preciso de la misma, y ofrecen unas pautas de tratamiento basadas en la evidencia científica”. Los y las arteterapeutas profesionales que trabajan con estos colectivos conocen que en el abordaje de determinadas patologías está siendo favorable la intervención desde el arteterapia, incluso en aquellas como Trastorno del Espectro Autista, el Trastorno de la Conducta Alimentaria o el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que cuentan con protocolos específicos desarrollados e implantados en los hospitales y unidades de atención; pero para que sea tenida en cuenta en el diseño de estos protocolos específicos, son aún pocas las evidencias científicas relacionadas con su práctica que puedan tomarse como punto de partida para el análisis institucional de su incorporación.

Respecto del conocimiento por parte de los y las arteterapeutas del diagnóstico clínico, la investigadora ha podido escuchar y conocer diferentes apreciaciones al respecto: si conocerlo o no, si conocerlo desde el inicio o no, etc. Dada la necesaria reflexión que conlleva y por la experiencia desarrollada, la investigadora apuesta por el conocimiento del diagnóstico como ya se ha mencionado, como una parte parcial del mapa que nos cuenta cómo es y se manifiesta la persona, cómo ha sido su devenir desde el nacimiento hasta el momento en que con ella nos encontramos. Pero no ha de ser la única información que de ella tengamos ni la que rijan exclusivamente nuestra intervención. Los y las arteterapeutas contamos con un espacio y un modo de hacer y entender la clínica

que otorga prioridad a las capacidades residuales de la persona, lo que a menudo desafía y pone en tela de reflexión todo diagnóstico. En general, este aspecto resulta valorado por los y las compañeras profesionales con quienes trabajamos, que sonríen al encontrar una parte de las personas a las que en otras ocasiones es difícil acceder.

Para su correcta articulación, la arteterapeuta investigadora propone un diálogo entre el diagnóstico clínico y la descripción apreciativa (Cooperrider y Srivastva, 1987), como alternativa al lenguaje del déficit a menudo impuesto por el juicio clínico al uso. Inicialmente centrada en potenciar el desarrollo de las organizaciones desde la psicología positiva, algunos de sus supuestos teóricos han sido llevados a la clínica y tienen especial sentido en relación con el arteterapia y su posicionamiento hacia la persona, pues la *indagación apreciativa* surgió en inicio como un proceso de desarrollo de las organizaciones que involucra a las personas en el intento de descubrir qué es lo que funciona bien para potenciarlo.

Es la otra parte de la moneda que trata siempre de corregir lo que no funciona, olvidándose de cómo crear ocasiones de logro y desempeño personales, a partir de las fortalezas y capacidades presentes en la persona, entre ellas, su capacidad para crear. Señala Mónica Cury (2006) que por ello “nos posicionamos para nuestra intervención desde la salutogénesis, intentando reconocer las estrategias de supervivencia y su implicación en los procesos de salud/enfermedad. Es nuestra intención trabajar con las capacidades del paciente para afrontar la enfermedad”. (Cury, 2006, p. 13)

7.2 Arteterapia

7.2.1 Elementos generales

El arteterapia se presenta entre las disciplinas terapéuticas que pueden ser aplicadas para responder a las inquietudes y preocupaciones que plantea la clínica, tal y como se han expuesto en el epígrafe anterior, ampliando desde la intervención, el conocimiento de los trastornos y patologías, así como de las

herramientas necesarias para su detección y tratamiento. Son varios los elementos que la hacen específica, siendo quizás el proceso creador en la relación vincular arteterapéutica, el elemento que se erige como eje central para el entendimiento del proceso personal y la intervención, al entender que:

Cada producción artística original que realiza el paciente representa, en cierto grado, un aspecto de esa persona. Nadie más puede crear el mismo resultado sobre un papel o una tela... La terapia artística ofrece un área en la que el paciente puede proclamar su identidad y una atmósfera en la que puede ser él mismo... el arte brinda un medio que supone, al mismo tiempo, una comunicación con los demás y una confrontación con uno mismo. (Laing, 1974)

El arteterapia es una disciplina terapéutica que favorece la integración emocional de las vivencias, a través del arte y los procesos creadores que de él se derivan, en el marco contenedor de una relación terapéutica consentida y segura.

Por la naturaleza multidisciplinar de su propia identidad, se estructura en función de unos elementos que le son propios: por un lado, una relación vincular triangular paciente-obra-arteterapeuta, siendo la obra, la producción o hecho artístico, un espacio personal de expresión, de simbolización, de comunicación interna-externa, de contención y de elaboración personal; y por otro, un marco contenedor que favorece y activa los procesos de creación personales a través de los diferentes lenguajes y maneras artísticas, en los que la relación sujeto-espacio adquiere dimensiones significativas a través de la obra, del juego y del cuerpo presente en la relación y el proceso arteterapéuticos.

A lo largo de dicho proceso se ponen en juego y acción las capacidades de la persona para imaginar y narrar su propia vida, su propia manera de entender su realidad, y de comunicarse con ella y consigo mismo, en los diferentes niveles y maneras de los que es capaz.

Si volvemos la vista atrás, ya desde sus orígenes, se establecieron diferentes vías de entender el arteterapia en función de la mirada y trayectoria personal de quienes se iniciaron en esta práctica terapéutica. Allá por los años 40, dos de sus

pioneras, las arteterapeutas Margaret Naumburg y Edith Kramer, trazaron dos caminos para acercarse a una misma realidad, la primera de ellas dando sus pasos desde una posición que entiende el arte como elemento que acompaña a la psicoterapia verbal, potenciándose el arte y la psicoterapia bidireccionalmente, y la segunda, que defendía la actividad artística en sí, llamado *arte como terapia*, otorgándole un valor y efecto terapéutico per se, lo que remite a la capacidad sublimatoria del arte en el contexto terapéutico. En el mundo anglosajón, los y las arteterapeutas aún utilizan las dos fuentes como referentes históricos que permean en su hacer, lo que se ha traducido en dos grandes líneas de acción, una más cercana a la psicoterapia por el arte, y la otra llamada arte como terapia, pero cada vez más luchan por actualizar sus prácticas, más revisadas y acordes a la realidad de una profesión que se empieza a consolidar, con múltiples voces y matices que le dan valor, rigor y sentido. Por introducir un elemento más en esta danza a tres originaria, camina desde su posición un tercer pionero entre los terapeutas artísticos, el artista Adrian Hill, quien internado en un sanatorio durante la II Guerra Mundial, comenzó a experimentar con sus compañeros y consigo mismo, el proceso de curación y mejora a través de la creación artística.

En España, conviven diferentes miradas que se asoman al hacer arteterapéutico desde distintas ventanas, creadas con diferentes colores y materiales, pero que se anclan en cuatro esquinas que dan marco común a su entendimiento, y sin las cuáles, seguramente no pudiera o debería entenderse una práctica arteterapéutica ética y rigurosa.

Como disciplina, el arteterapia es un proceso estructurado, regulado, que no solo se concreta en la práctica clínica, sino que también se transmite y se enseña.

La práctica arteterapéutica, de alguna manera, se mece entre la necesidad de un cuerpo teórico-metodológico sólido y la diversidad de maneras, posibilidades y derivas que su propia naturaleza hacen posibles en cada sesión y en cada intervención, en el hacer de cada arteterapeuta. Como señala Mireia Bassols (2009) “cada paciente, desde su singularidad, hace cuestionar la teoría”⁹.

⁹ Comunicación “Arteterapia: un acompañamiento en la creación y en la transformación”. II Congreso Nacional de Terapias Creativas de Zaragoza. 2011

Durante el siglo XX, la física y la neurociencia han permitido al menos imaginar el mundo en los términos que propone la física cuántica, lo que permite asimilar el azar y la indeterminación, quizás incluso la intuición, como posibles parámetros a tener en cuenta por la ciencia, a la que se acercan los investigadores, al igual que lo hicieron los y las pioneras arteterapeutas, cada uno y cada una desde su posición y su manera. Lo azaroso en cuanto a no previsible, en este contexto, no tiene que ver con la vaguedad de los planteamientos, sino con la apertura a las posibilidades y a las relaciones simbólicas presentes que escapan a menudo al juicio y al discurso lógico-verbal y que son propias del arte, y en cierta medida, de la disciplina arteterapéutica. Son sistemas abiertos que nos permiten entender la naturaleza de la libertad y de la creatividad, que son puestas en juego en el proceso de creación en el marco arteterapéutico. De esta forma, se hace presente el trabajo con y desde lo emocional, la vivencia emocional y la integración emocional de la experiencia que el arteterapia posibilita. Como señala Carmen Menéndez, “el Arteterapia se fundamenta en el potencial terapéutico del proceso creador dentro de un encuadre adecuado. El objetivo es promover dinámicas de transformación en la persona como sujeto y como sujeto en relación con el mundo”. (Menéndez, 2010, p.370)

Entre las bases conceptuales que convergen en la disciplina destacan el arte contemporáneo y las teorías psicoanalíticas a las que posteriormente se han ido sumando las posiciones más humanistas e integradoras. La realidad intersubjetiva se constituye y se presenta como un sistema de relaciones a lo largo de la vida, intentos vinculares en los que la identidad del sujeto se pone en juego. El individuo, genera la construcción de la experiencia a lo largo de sus vivencias, de las interrelaciones vinculares presentes en ellas. La verdad, su verdad; la realidad, su realidad, se van así construyendo en el tejido vincular que se manifiesta desde las primeras relaciones vinculares fundantes y de las que se deriva el modo en que se relaciona con el mundo y con los otros. A nivel arteterapéutico, se presenta como un recurso específico para la intervención, pues si bien en la infancia puede darse un sistema vincular errático, desde esta perspectiva, un vínculo terapéutico bien construido, que tenga la consistencia emocional y afectiva suficiente, puede devenir en recurso para el cambio personal.

En la relación entre el y la arteterapeuta y el y la paciente se constituye la dinámica transferencial/contratransferencial en la que reside gran parte del potencial terapéutico del proceso, a ojos de la investigadora. Si bien es importante señalar que no todos los y las arteterapeutas lo entienden de la misma manera, sí lo haremos así para el desarrollo y comprensión de esta investigación de tesis. De hecho, es relevante especificar algo más esta diferenciación en las posiciones respecto de la relación y dinámica transferencial, pues tal y como señala Edwards:

Aunque la mayoría de arteterapeutas reconocen su presencia, trabajar con la transferencia no es necesariamente un aspecto central de su práctica clínica. Para algunos arteterapeutas la idea de que las relaciones actuales están conformadas y medidas por las relaciones en el pasado con los otros ausentes, solo introduce complicaciones innecesarias. (Agell en Edwards, 2014, p. 62)

A ello se suma una posición específica respecto del arte como parte definitoria del arteterapia para estos profesionales, entendiendo a menudo el arte, lo artístico, como inherentemente terapéutico, algo que ya hemos señalado con anterioridad, sin la necesidad de acceso a la complejidad que atender la relación transferencial/contratransferencial representa. Para estos profesionales es de hecho esta distinción, esta ubicación de lo propio del arte como eje central de su práctica, lo que estructura su definición identitaria. Para el resto de arteterapeutas, lo específico del arte y sus procesos se mantiene como eje central de la práctica, pero incluye lo relativo a la relación transferencial/contratransferencia. (Edwards, 2014) Comprender la transferencia implica integrar la afirmación de que los sentimientos, actitudes y otras características que se derivan de las primeras figuras de apego, están presentes en las personas con las que nos relacionamos en el presente, con su particular relevancia e implicación para la relación terapéutica.

En lo relativo a la contratransferencia, implica para el trabajo en arteterapia el tener en cuenta la reacción emocional inconsciente del arteterapeuta hacia el paciente, distinguiendo Edwards dos aspectos clave en ella, por una lado la que atiende a las reacciones apropiadas o desajustadas del terapeuta hacia el paciente como consecuencia de su propia experiencia de vida, en la actualización de sus

propias figuras de apego y relaciones tempranas, lo que enfatiza la necesidad de supervisión y terapia personal en el profesional tanto durante su formación como su ejercicio ya como profesional; y por otro lado, la que integra el modo en que los terapeutas usan esas emociones y sentimientos evocados en ellos por los pacientes como una manera de entender el mundo interno del paciente, no tanto como una distorsión sino como un marcador de seguridad. La distinción entre ambas es según el autor, uno de los grandes retos y tareas en el trabajo arteterapéutico. (*Ibíd.*)

Tal y como se refleja en lo específico del trabajo arteterapéutico y la comprensión de las imágenes y producciones derivadas, es la dinámica transferencial/contratransferencial y su análisis e investigación, lo que impulsó a la arteterapeuta Joy Schaverien a clasificar las imágenes en dos grandes categorías: “las diagramáticas y las encarnadas, en parte por las diferencias en el reflejo de la transferencia sobre las producciones artísticas que el cliente hace como parte del proceso de creación”. (*Ibíd.*)

La mirada del arteterapeuta al encuentro con la persona

La consideración explícita de la mirada, obliga a los y las arteterapeutas a revisar el lugar que otorgan a aquellas personas con las que trabajan, a los pacientes; la mirada que depositan sobre ellos, así como el concepto de salud que se sostiene. Se habla con frecuencia de un tiempo de crisis que conlleva necesariamente una crisis en las ciencias sociales, en los conceptos de las ciencias sociales, y con ello, del propio concepto de enfermedad.

En arteterapia se acoge a cada persona con su singularidad. En el grupo se acogen las resonancias intersubjetivas, los efectos que las voces de los otros tienen en nosotros. El encuentro entre la persona y el o la arteterapeuta, se da mediado por un proceso creador que se concreta en una producción o hecho artístico, la obra. Los y las arteterapeutas acompañan a las personas en sus creaciones, para que encuentren su manera de contar, de expresar, en función de sus capacidades,

posibilidades, de sus necesidades y de su trayectoria de vida. Dicho proceso incluye la incertidumbre y la duda, propias de la práctica y de la creación, y da valor a la autoría, a lo que es propio del ser, su propia creación.

La mirada arteterapéutica se posiciona en la salud residual, en las capacidades para ser y crear que están presentes en la persona más allá de las dificultades emocionales que le están impidiendo un manejo saludable en su propia vida. Tratar de entender esas dificultades, darles una forma y un lugar para que pasen a ser parte del mapa comprensivo de sí mismos, el que ayuda a las personas a ponerse en relación consigo mismos, con los otros (familia, relaciones, entorno) y con el mundo.

La relación vincular triangular arteterapéutica

Desde una perspectiva narrativa la obra en arteterapia no es solo un nuevo relato, son nuevas compresiones narrativas, nuevos abordajes de la realidad, un encuentro con los significados, que trata de reflejar la experiencia de un modo diferente, incorporando el cambio como posibilidad; así:

La narrativa enfatiza el sentido, incluso los significados. El tiempo es incluido como tiempo de cada uno en un continuo que va desde el pasado al futuro, que vincula los acontecimientos significativamente, construyendo su sentido desde la complejidad, incluyendo la participación del observador en lo observado[...]. (Martorell, 1996, pp.126-127)

Implica la deconstrucción del relato así como su reconstrucción, no sólo para ser entendido, sino para promover un cambio.

Esa nueva narrativa se ha construido a través de vinculaciones, con el y la arteterapeuta y la obra. Como señala la arteterapeuta Cristina Ramos:

En el caso de la terapia desde el arte la experiencia queda fijada en forma de obra artística realizada por el paciente. Cuando este quiere recurrir a esa experiencia para favorecer su proceso de cambio, puede sostenerse en

ambos elementos, el discurso terapéutico y la obra artística que de forma material, visual y tangible da testimonio del proceso llevado a cabo por el paciente en compañía del terapeuta. El potencial del arteterapia, entre otros muchos aspectos, reside fundamentalmente en este elemento triangular que posibilita un vínculo mucho más seguro al paciente. (Ramos, 2014, p.16)

En esa posibilidad de construcción a través del vínculo de una manera más adaptativa para la vida, la experiencia es narrada artísticamente y habla de cómo la persona da cuenta de sí misma en una experiencia procesual: el proceso creador.

A lo largo de él co-habitan en el marco arteterapéutico tres narraciones de la persona: la del cuerpo, la de la obra, la verbal (Ojeda, 2012). Así el espacio arteterapéutico se convierte en espacio para la vida, un espacio de ensayo y error, simbólico, seguro, del que emergen los recursos resilientes de las personas para reconstituirse en su propio dolor.

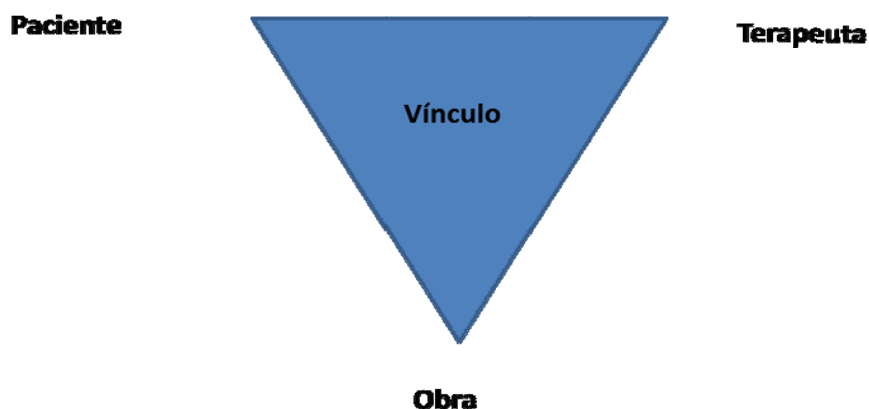


Figura 7-1. Serrano, A. (2015) Esquema de la relación vincular triangular en arteterapia.

A su vez, emergen al menos dos narrativas intersubjetivas, que conviven en torno a la obra, la del paciente y la del y la arteterapeuta, que dialogan en los márgenes de lo posible, entre lo visual y lo verbal, lo corporal y lo kinestésico. De esas narrativas que emergen se entretajan las intervenciones en arteterapia en las que la obra opera como realidad tangible y constructo al que no debemos acercarnos desde la obviedad, sino desde el acogimiento de nuevas realidades portadoras de contenidos, de símbolos y de significados en arteterapia. De hecho:

El error más común en arteterapia es aquel que entiende que el arteterapeuta interpreta el trabajo artístico, descifrando y revelando los significados ocultos en él; por el contrario, es el creador de la imagen, no el terapeuta, quien disfruta de este placer. (Hogan, 2014, p. 105)

Para Winnicott (1994) la obra se da en el espacio potencial, de creación y juego, entre el mundo interior y la realidad externa, entre la realidad psíquica personal y el mundo externo. Los y las arteterapeutas favorecen el juego y la creación del paciente, le acompañan ofreciendo un marco seguro y confortable, de acogida, que contenga unos límites, los de la confidencialidad, la seguridad, la empatía y la comprensión. Todos esos elementos son parte esencial del encuadre arteterapéutico.

La ventaja del arteterapia consiste en que se puede “hablar” del conflicto sin hacerlo directamente, respetando así las defensas de las personas. El lenguaje de las imágenes es más indirecto, y por este motivo, puede proporcionar más seguridad. Esta posibilidad que ofrece el arte para la expresión indirecta en un contexto terapéutico se ha denominado en arteterapia [...] el distanciamiento estético. (Marxen, 2011).

La relación con el y la arteterapeuta en ese encuadre se asemeja a la relación con la *madre suficientemente buena*, que desde la contención favorece la integración personal (self), así como la relación con la realidad a través del objeto. En dicho espacio la obra actúa como objeto transicional. (Winnicott, 1971)

Es significativo que muchos niños, niñas y adolescentes creen obras fuera del contexto arteterapéutico, como objeto transicional del hogar al marco arteterapéutico, y a su vez, a menudo, deseen llevar las obras al hogar, portadoras de significados personales.

Por su parte, Fiorini (2006) contempla los procesos terciarios, que posibilitan la traducción de la materia prima en creación, desorganizando formas ya constituidas, para reorganizarlas, en nuevas formas y sentidos, enlazando posiciones, estableciendo nuevas redes de sentido. Permite a través del proceso de creación mediar entre opuestos: vida/muerte, blanco/negro, afirmación/negación

en una frontera frágil y ambigua, promoviendo la tolerancia a la ambigüedad que marca la diferencia y que a menudo es tan difícil para determinadas estructuras psíquicas, esa diferenciación sujeto/objeto, interno/externo, etc.

Las producciones en arteterapia pueden ser complejas y se dan dentro de una relación transferencial dinámica (vínculo terapéutico) en un marco específico que hace que “a lo largo de una sesión de arteterapia pueden ser los beneficios terapéuticos de la creación los que tomen relevancia para el cliente. Otras, es la relación con el arteterapeuta, mediada por la creación, la que asume un papel central”. (Edwards, 2004-2014, p.102). De forma consciente e inconsciente, la persona explora su problemática sobre un soporte, “en un espacio donde el vínculo es vehículo para la creación y transformación de lo propio” (Corbella, 2011) y que implica del arteterapeuta respeto, aceptación y suspensión de juicio, lo que le obliga a mantener “unos límites apropiados y una acepción respetuosa del cliente y de sus imágenes” (Edwards, Ibíd.). De esta forma se potencia la autoestima, la visibilidad positiva, la tolerancia al silencio, al espacio del vacío, el trabajo e integración de las emociones, la relación con los materiales y lo que suscitan. Durante ese proceso, hay en palabras de la arteterapeuta Frances Kaplan, el/la arteterapeuta se sirve de las valoraciones artísticas para observar las reacciones de los clientes a los materiales artísticos. Esta parte del proceso incluye respuestas específicas que los clientes dan a la variedad de materiales propuestos, así como el modo en que afrontan la tarea específica que conllevan, sus fortalezas personales, etc. a ojos del arteterapeuta entrenado en una pertinente observación de cada aspecto. Incluso sería en ese punto en el que:

El contenido (evidencia del pensamiento metafórico, cualidades atribuidas al self, etc.) pueden suponer un aporte significativo. Y lo más importante, aquí es también donde la habilidad para ser creativos a través del arte puede revelarse en sí misma como un beneficio significativo. (Kaplan, 2007, p. 92)

En la relación ateterapéutica se teje una narración como desvelamiento de las relaciones, de los temas, de los ejes, en la que estamos incluidos. Al final, se desvela algo que se mantiene oculto, un aspecto de la realidad se configura, y

permite el ensayo de otras formas de mirar y narrar que permitan ese desvelar, señalando lo que “se aprehende” en el camino, la relación del relato con las vivencias. Por ello, se acompaña a la persona en un proceso de entendimiento, de dar sentido a su propia vida y no de describir una realidad presuntamente objetiva.

La intervención del arteterapeuta pasa por un acompañamiento, no invasivo, sino sutil y discreto, desde una presencia activa, ajustada e intuitiva, estando al lado de la persona, acompañándole en su proceso de creación, sin prisas, interviniendo a un ritmo acompasado, respetando sus defensas y sus resistencias, estando atento a lo que manifiesta, sus demandas, sus sentimientos de ira, de vergüenza, de abandono, de pérdida, sus deseos, miedos, quejas, insatisfacciones, etc. La dirección del acompañamiento marca la dirección de la relación arteterapéutica. Los caminos no están preestablecidos, no se fija un sendero, se acogen las producciones y se ofrece una orientación en el sentido de propiciar una mayor claridad, que no excluye la complejidad.

Se hacen sugerencias, como tirando de un hilo, para ofrecer nuevas posibilidades y alternativas a la persona, que habla a través de sus producciones. La creación artística puede llevar al sujeto, que se encuentra en un malestar, a vivenciar ese malestar de otro modo, a distanciarse de él, para transformarlo en otras formas. (Bassols, 2011, comunicación presentada en congreso)

Judith Rubin señala “que el arteterapeuta debe ayudar al paciente a elaborar sus experiencias a su propio nivel de comprensión. A veces para esto hace falta verbalizar las emociones, pero en otras ocasiones se realiza a nivel simbólico y metafórico”. En palabras de Mónica Cury “es necesario resignificar su historia, permitiendo de este modo una mayor integración identitaria que le haga posible desarrollar una mayor tolerancia a la frustración y le devuelva la dignidad y la valía personal”. (Cury, 2006, p. 9)

El papel del y la arteterapeuta consiste en ayudar a abrir el proceso creativo de la persona, acompañarla en la creación, acoger la producción sin juzgarla, ofrecer para este trabajo un marco confortable y seguro y crear una relación empática triangular. Ya se ha señalado la distinción entre imágenes diagramáticas

o personificadas que Joy Schaverien (2000) realiza; la producción de imágenes y objetos artísticos se utiliza para ayudar a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de forma satisfactoria, dado que “asumiendo el papel de creador, el individuo tiene la oportunidad de aumentar la autoestima y la confianza en sí mismo”. (Marxen, 2013)

El interés se centra en la relación interpersonal creada entre el y la arteterapeuta y el paciente; y entre la obra y el paciente en la relación triangular característica del arteterapia.

Del paciente en el proceso de creación se produce un diálogo hacia sí mismo y hacia la obra que permite preguntarse dónde se sitúa en relación con esta última, indicios que nos hablan no tanto de lo que la imagen describe como de lo que la persona que crea la imagen tiene necesidad de contar. El proceso creador otorga protagonismo de acción a quién lo emprende, como proceso de transformación y crecimiento que implica el “hacerse cargo de uno mismo”, desde la creación, bajo la mirada constituyente del y de la arteterapeuta y en su caso, del grupo.

Resolver un dibujo es también una forma de descifrar el mundo, desde la particularidad de cada mirada. Un rastro, una línea o un trazo siempre dice algo de nosotros mismos. Cuando dibujamos nos sumergimos en nuestra propia existencia, y sacamos a la luz no solo nuestras emociones o nuestros pensamientos, sino también los aciertos y los errores que nos habitan. (Bonilla, 2006, p. 77).

La obra en este proceso se convierte en una manifestación de la persona al facilitarle una mirada “externa” sobre sí misma, que ha de ponerse en comunicación con su yo interno (deseos, miedos, aprendizajes, etc.), en relación con la traducción “psíquica” que esta conlleva, de la mano de un diálogo paciente-obra-arteterapeuta.

Para Melanie Klein, el juego del niño desde la asociación libre resuena en arteterapia a través de los materiales artísticos, que actúan como canalizadores

expresivos, en un espacio tangible para la expresión de emociones y sentimientos que resultan difíciles de verbalizar.

Lo tangible aparece en la reflexión posterior, en la verbalización en torno a la obra, en el seguimiento evolutivo del proceso creador. Dicha elaboración verbal resulta esencial para establecer el vínculo con la realidad, desde el lenguaje simbólico que resulta menos amenazante pues ya solo poder transferir ciertas emociones o elementos a la obra produce alivio a la persona, hasta que la elaboración verbal se hace posible.

Es por muchos motivos la obra portadora de múltiples significados personales, aún a pesar de que la incidencia se dé en el proceso, esta es huella del mismo, de la relación. Las producciones arteterapéuticas han de ser albergadas con cuidado, como parte de la contención que se espera de la relación terapéutica.

En el contexto arteterapéutico el campo lo conforman todos los elementos que intervienen en esa relación triangular entre la obra, el arteterapeuta y la persona que crea. Ahí está todo, el material, la creación en sí, la simbología de lo representado; el arteterapeuta con sus propias vivencias, recursos y su emocionalidad; y la persona con todas sus necesidades, miedos y deseos. (Ojeda, 2012)

En el trabajo en arteterapia, y de forma frecuente con niños, niñas y adolescentes, a menudo se da que la persona rechaza su propia obra, que la destruye, la tira; el o la arteterapeuta actúan frente a ello desde diferentes posiciones, pero la investigadora considera oportuno la separación de ella, posibilitando que tome la necesaria distancia (Fiorini, 2006), hasta que pueda integrarla y asimilarla. A menudo con los niños, niñas y adolescentes, este es indicador de diferentes situaciones, puede ser la constitución de una defensa frente a lo que la obra trae al presente, la materialización de una resistencia fruto de una dificultad propia, un desajuste en la intervención por parte del o la arteterapeuta, una mala vinculación del paciente con su proceso creador, una dificultad para mirarse en el propio proceso o en la obra, etc. Resulta adecuado rescatar y guardar las obras, pues no es solo la producción artística lo que sucede en la sesión, sino todo aquello que rodea el proceso, las emociones que pone en

juego, pero además, es una muestra de contención, de respeto, de cuidado y de valoración.

Dichas obras, si la persona lo desea, pueden ser retomadas posteriormente como parte del proceso. Habrá ocasiones en que esto no sea posible, e incluso en que rescatarlas tampoco sea pertinente y lo que proceda sea dejar ir aquello que la persona ha decidido no acoger en su proceso. No existen en arteterapia respuestas únicas a modo de recetario, como en cualquier intervención, habrá de ajustarse a la persona, a su proceso, al momento vital en que se encuentra, a la fase del proceso salud/enfermedad en que se siente inmerso, etc.

El marco grupal arteterapéutico

Un grupo es un conjunto de interacciones singulares, de subjetividades. Suele ser reducido a la de esas personas que comparten una condición o característica social y psicológica, que se rige por una serie de reglas, restricciones y pautas de conducta (normas sociales) compartidas por todos los miembros, pero en el contexto terapéutico son muchos los matices y dinámicas de comunicación, relación, interacción, disposición, que operan en él.

A un grupo terapéutico, entre muchas otras cosas, se pertenece por satisfacer una/s necesidades individual/es, compatibles con las de los otros. Están formados por personas que han de tener en cuenta a los otros, y es un conjunto permanentemente dinámico en relaciones afectivas, con diferenciación de roles, solidaridad e interdependencia, normas, creencias y códigos. El trabajo en arteterapia grupal puede llevarse a cabo con una enorme variedad de perfiles, pero resulta especialmente beneficioso en el marco del Hospital de Día desde su propio planteamiento como comunidad terapéutica. Para Edwards, “a menudo el trabajo arteterapéutico grupal resulta más apropiado cuando el cliente muestra dificultad para lidiar con la intimidad de la relación unipersonal o cuando sus dificultades se hacen más evidentes en las situaciones y dinámicas sociales”. (Edwards, 2004-2014, p. 89)

Para trabajar con grupos desde una mirada arteterapéutica es importante favorecer un clima de confianza y comunicación, atendiendo a las necesidades individuales y a las dinámicas y roles grupales, ofreciendo las herramientas de las que el profesional dispone y que se integran para el abordaje y consecución de aquellos objetivos arteterapéuticos que son comunes al grupo y a su vez, interdependientes de los logros y alcance en los objetivos para cada uno de los individuos integrantes.

Por su parte, las personas que conforman el grupo arteterapéutico deberán mantener un compromiso similar en muchos aspectos al que mantendrían en una intervención individual, como “su disposición para el trabajo con los materiales artísticos y su motivación para participar de forma activa en la resolución de sus problemas”, a lo que Edwards añade la capacidad para compartir los problemas con otros (fundamentalmente a través de la creación de imágenes, pero también de palabras) en un contexto grupal; tiene el potencial para comprender que sus problemas pueden estar relacionados con dificultades interpersonales en el presente o en el pasado; tiene conciencia del impacto que su forma de relacionarse tiene en los otros; y posee un ego fuerte (sentido del *self*) que no queda abrumado por los problemas de los otros. (Edwards, *Ibíd.*)

En su libro, David Edwards muestra las diferencias entre el planteamiento en el abordaje grupal abierto y cerrado, siendo este último el propio de las instituciones en las que el arteterapia se integra, basándose en las experiencias de Reino Unido y señala que la elección de este “formato” en los últimos años de desarrollo profesional tiene que ver precisamente con ese proceso de profesionalización en el que se dio una clara tendencia a esclarecer lo que el arteterapia aportaba de diferente y con ello, el aumento del rigor y la mirada hacia la teoría y la práctica clínicas. (Edwards, 2004-2014, p. 92)

Uniendo esta reflexión sobre los procesos creativos, la obra puede convertirse en un vehículo para el autoconocimiento y la comprensión de las interacciones entre las personas que participan en el grupo. Como resultado, lo que vamos descubriendo de nosotros mismos se convierte en la materia base de la producción artística. (Durán). Desde esta perspectiva se establecen nuevos

vínculos a partir del grupo terapéutico que permiten el crecimiento y el desarrollo personales. El énfasis se pone en las interrelaciones y en el sentido de pertenencia, lo que favorece la empatía en la escucha de aquellas personas que se encuentran en un proceso o fase vital similar, la vivencia de una enfermedad, una pérdida, una sensación de malestar, lo que implica la libre expresión y aceptación de los otros, y con ello, de uno mismo.

A su vez, se establece el foco en las capacidades para aportar al otro algo de lo propio, disminuyendo los niveles de ansiedad y angustia, y favoreciendo la sensación de bienestar como una herramienta de cambio. Existen ciertos elementos comunes a un grupo como la entidad dinámica en crecimiento, la pluralidad de personas interrelacionadas, los objetivos y las metas comunes. De forma simbólica se da el paso del yo al nosotros en un marco multidimensional, que acoge el sentido de identidad compartida, la interdependencia potencial y la estructura, organización y equilibrio (actitudes, normas y valores comunes). El marco de trabajo arteterapéutico grupal nos aporta:

- Multiplicidad de miradas
- Intercambio de opiniones
- Construcción interpersonal de la identidad y el conocimiento
- Fortalecimiento de la identidad individual y grupal
- Toma de conciencia de las propias capacidades
- Elaboración del proyecto de vida en relación con la experiencia de realidad y los otros

El grupo, a su vez, pone a prueba la resistencia del profesional. En él se pone en juego las relaciones transferenciales, los contagios, la aparición de violencia simbólica en el espacio; que se aborda desde lo creativo, lo simbólico, desde donde puede reconducirse generando un cambio que ofrece una oportunidad de continuidad.

El papel de la supervisión

En la actualidad, la supervisión es entendida como un elemento esencial en la formación y posterior formación continuada de todos los profesionales de la salud mental, incluidos los arteterapeutas. Seamos principiantes o tengamos una larga experiencia, nuestra preocupación primordial como arteterapeutas ha de ser la de no dañar a aquellos a quienes pretendemos ayudar. Si pretendemos adquirir, mantener y desarrollar las habilidades clínicas necesarias para hacerlo, resulta fundamental que estemos continuamente refinando y renovando nuestra práctica. (Edwards, 2004-2014, pp. 130-131)

La supervisión en arteterapia es una responsabilidad y compromiso ético de los y las profesionales, como parte de la intervención. Dicho principio ético es recogido en su código por la FEAPA que lo incluyó como temática para la mesa redonda realizada en la *II Jornada FEAPA* celebrada el 26 de Noviembre de 2011 en Barcelona. Más allá de las diferentes modalidades u orientaciones de cada uno de los ponentes invitados a dicha mesa, se estableció la idea unánime de que el ejercicio de la supervisión es fundamental para la buena práctica de la disciplina. Así, Izuel señala que:

En realidad forma parte de un modelo integrado, compuesto por el estudio y el desarrollo de la teoría, la práctica profesional, su supervisión, la investigación y la terapia personal. Modelo que, en una medida u otra, ha de mantenerse activo mientras intentamos estar en posición de arteterapeutas. (Izuel, 2015, pendiente de publicación)

En palabras de Coll y Hernández, “la supervisión es un encuentro profesional entre el arteterapeuta, la obra y el supervisor que aporta o moviliza la capacidad de pensar el arteterapeuta, o mejor dicho, pensar-se en la reconstrucción o narrativa de las sesiones de arteterapia”. (Coll y Hernández, 2015, pendiente de publicación) Desde esa reconstrucción o narrativa de las sesiones de arteterapia, el o la arteterapeuta genera el relato de la experiencia, es un espacio para la exploración, la reflexión, en la búsqueda de equilibrio, en el que

por ejemplo delimitar las diferencias entre empatía e implicación emocional o a tolerar la angustia frente al encuentro del otro, y la *posición ante él*. (Hernández, 2011, ponencia en jornada)

El desarrollo de la supervisión implica el acompañamiento de un profesional que favorece la seguridad en el ejercicio profesional. No es un ejercicio de control, sino que este participa de la co-visión sobre lo que acontece en las sesiones y las implicaciones personales que tiene para el y la arteterapeuta, como un doble registro que verifica y amplía la intervención. Las motivaciones de los y las profesionales hacia la supervisión pueden variar sustancialmente y tales variaciones conforman su naturaleza intrínseca tal y como describe Michael White en relación con la supervisión como “conversación de reescritura de la vida” al señalar que:

Los terapeutas buscan asesoramiento sobre su trabajo por muchas razones. Quizás es una exigencia del lugar donde trabajan; o de matriculación y acreditación. Quizás es la expresión de un compromiso con la evolución permanente de su trabajo. Quizás tiene que ver con una insatisfacción general con su trabajo o con dificultades específicas experimentadas en él. O quizás está motivado por nuevos desafíos que se deben enfrentar, por lo que añade de específico en relación con la intervención directa con las personas que en relación con estas preocupaciones, los terapeutas no son menos vulnerables que las personas que los consultan a enredarse en conversaciones internalizadoras. En estas conversaciones internalizadoras, los terapeutas suelen situar la fuente de sus dificultades en diferentes sitios de su identidad y/o en sitios de la identidad de las personas que los consultan. (White, 2002, p. 191)

El beneficio resulta estructurante para el y la arteterapeuta y los y las pacientes: acoge la duda, la reflexión, el tiempo,...pues atiende a las posibles dinámicas transferenciales y contratransferenciales, y acompaña al arteterapeuta en su humanidad y su posible sufrimiento. “La supervisión es un transitar no sólo por la construcción activa del conocimiento, sino un transitar acompañado de otro, en un proceso mutuo y continuo de aprendizaje, de escucha, de resonancia” (Cury,

2011, ponencia en jornada); de esta manera, afianza la relación terapéutica con cada paciente desde otra mirada, que rescata el posible error como oportunidad. Aborda la duda, el temor, la inseguridad, la incertidumbre, las ambivalencias, siendo a su vez un proceso de aprendizaje de lo que somos, pues “eso que actúa en nosotros –arteterapeutas y pacientes- necesita de una metodología muy precisa, de la que la supervisión es pieza principal. Nos es imprescindible para escuchar, leer y mirar aquello que las formaciones del inconsciente desvelan en nuestro hacer”. (Izuel, 2005)

La supervisión reposa la mirada sobre lo acontecido en la sesión, tomando la necesaria distancia, aportando mayor tranquilidad en aspectos relativos a la relación con el o la paciente, los materiales, el espacio, las personas, a lo simbólico, etc. reforzando el vínculo, reconduciéndolo en caso necesario. Permite pensar las creaciones y relaciones en el marco arteterapéutico, donde “parece obvia la necesidad de procurar recursos que contribuyan a ampliar la escucha y la mirada sobre lo acontecido en las sesiones de arteterapia (nivel creativo y relacional)” (Omenat, 2015, pendiente de publicación) En ella, no se persigue descifrar significados sino comprender procesos, desde una intervención creativa, no defensiva. La higiene emocional que la supervisión genera permite al arteterapeuta soportar las emociones implicadas en el estar presente frente al ser creador, entendiendo qué necesita, qué comparte, qué niega, qué calla, etc.

El encuadre interno ofrece un elemento de constancia, una variable estable ante lo caótico o adverso; es clave para la relación terapéutica ofreciendo contención. De esta manera actúa como guía para el proceso de intervención, que permite conectar y organizar “lo propio” (el contenido intrapsíquico, el inconsciente,...) con “lo del paciente”, en función de lo que acontece en la sesión; y según Alizalde (2003) además “favorece la escucha atenta a mensajes interiores, sentimientos contratransferenciales”, ofreciendo libertad creativa, espontaneidad, uso de la intuición, etc. Aporta a su vez la capacidad para tolerar la inseguridad, saber esperar, dudar, flexibilizando el encuadre externo.

El calado de la supervisión en arteterapia redunda en la intervención directa con la persona. Una vez reincorporada al devenir de la sesión, su alcance

se mueve en dos direcciones posibles del encuadre: uno externo del proceso, que tiene que ver con el marco social, personal (circunstancias vitales, familia, etc.), institucional (modelo, líneas, etc.), de la disciplina (arteterapia, etc.); e interno, del arteterapeuta, en el que el posicionamiento terapéutico ofrece un marco de seguridad y comprensión del vínculo terapéutico, establecido a partir de la escucha y la comunicación, para el diseño del proceso arteterapéutico.

En último lugar, ahonda en el desarrollo y la reafirmación de la identidad profesional individual, grupal e institucional, uno de los objetivos específicos de esta investigación.

Podemos reconocer a través de la supervisión e identificar con claridad cada uno de los elementos en juego y diferenciarlos, los aspectos de nuestra subjetividad y los del paciente. Esto nos puede aportar bienestar, reducir la angustia, crecer profesionalmente y ser más eficaces en nuestro trabajo. (Coll y Hernández, 2011, pendiente de publicación)

De alguna manera la supervisión persigue la higiene emocional del arteterapeuta así como asegurarse de que las necesidades del o la paciente se vean respondidas en una apropiada medida. Para el desarrollo de esta investigación, rescatamos la diferenciación que establece David Edwards en dos grandes categorías de supervisión, una propiamente clínica de la que ya hemos hablado, y otra denominada “gerencial”, lo que tiene que ver con:

La organización profesional del arteterapeuta en su hacer, y que define como aquella que permite revisar las áreas de dificultad que emergen del día a día de las tareas organizativas y administrativas que se llevan a cabo, así como la discusión en torno al desarrollo futuro, el establecimiento de tareas y objetivos, el seguimiento de las necesidades formativas y los niveles de estrés, así como la exploración del impacto que tienen en el trabajo las dinámicas organizacionales”. (BAAT, 2002, en Edwards, p.131)

7.2.2 Arteterapia en el ámbito clínico. Fundamentos y posibilidades.

Sirviéndose de la mirada y concepción de la terapia que sostienen los profesionales en la práctica narrativa, se dibuja un escenario posible en el que “los

conocimientos sobre soluciones se generan en la interacción entre los terapeutas y las personas". (White, 2002, p. 174). De esta manera resulta interesante traer aquí la concepción de la terapia "como una forma de investigación conjunta que va constituyendo lo que la terapia es". (*Ibíd.*)

Como proceso de investigación, analizar lo que el arteterapia puede tener que aportar al ámbito clínico puede resultar enriquecedor aún a riesgo de caer en el error de la generalización sin sentido de las experiencias que han resultado efectivas, positivas y útiles en un determinado contexto, a otro contexto que de pensarse idéntico quedaría desfigurado y despojado de su naturaleza propia fruto de la suma de interacciones entre las realidades múltiples que lo configuran. El ámbito clínico es uno de esos contextos difícilmente pensable como idéntico o repetido, si bien acoge una serie de características, fundamentos y dinámicas que se dan de forma similar en contextos similares.

Gracias a ello puede la investigadora atreverse a escribir unas líneas para que pueda lograr comprenderse que el arteterapia como disciplina específica y diferenciada tiene cabida en un contexto de realidad clínica, en base a las experiencias que se conocen y se describen al hilo de la investigación; en ese ejercicio, señala White cómo:

Los terapeutas también trasladan a otros contextos de su trabajo su familiaridad con los conocimientos sobre soluciones generados en determinados contextos terapéuticos. Esta familiaridad sirve para alertarlos sobre los diferentes indicios de nuevos conocimientos sobre soluciones que vayan surgiendo en estos contextos, indicios que de otro modo podrían pasar desapercibidos. (White, 2002, p.174)

De los conocimientos emergentes del campo de acción específico, en relación con los conocimientos previos sobre las dinámicas que operan en dicho campo, surgen los nuevos conocimientos que habrán de retroalimentar la disciplina específica del arteterapia y su aplicación en el ámbito clínico, revisando sus fundamentos y visibilizando sus posibilidades.

Se dan diferencias entre los ámbitos de aplicación de las terapias creativas, que vienen marcados por las especificidades contextuales. El análisis del contexto de intervención simplificará el propio proceso, dotándolo de coherencia.

No obstante, no estamos afirmando con esto que los conocimientos generados en un contexto son directamente transferibles a otros contextos (que los conocimientos sobre soluciones apropiados para la vida de una persona puedan reproducirse en la vida de otra). Y tampoco estamos proponiendo que los conocimientos sobre soluciones que fueron generados en un contexto sean impuestos a otro. (*Ibíd.*)

Para el desarrollo de esta investigación, se persigue analizar el contexto clínico, lo que conlleva diferenciar muchos elementos, pero de inicio, implica estructurar las acciones en torno a lo educativo, lo sanitario, la salud mental, lo social, etc., como acciones específicas diferenciadas, y a su vez, incluir la concreción de la población atendida (adolescentes en riesgo social, niños con autismo, mujeres que sufren violencia de género, etc.).

Este intercambio de conocimientos sobre soluciones entre diferentes contextos se ve facilitado por la documentación de estos conocimientos, lo que es una práctica común en el trabajo narrativo: en el curso de este trabajo, por medio de esta comunicación, el terapeuta arma archivos de conocimientos sobre soluciones que pueden ponerse a disposición de las personas que los consultan. (Epson y White, 1992a, por White, 2002, p. 175)

Definir el contexto institucional supone conocer su carácter propio (pública o privada, ONG, fundación, asociación, etc.), su historia o recorrido, su ideario y abordaje, el número de usuarios y usuarias, el proceso de derivación de la demanda o requisitos de admisión, el grado de afectación de los usuarios y usuarias, sus patologías etc., los profesionales, sus áreas y perfiles, las mermas generales y específicas de los espacios de intervención, el tiempo para cada tratamiento y papel que juega la terapia artística y la relación específica con el arteterapia.

Atendiendo a todas estas especificidades, las fases para el diseño de un programa pasan por el análisis del contexto de intervención: ambiental, organizativo, etc.; la identificación de las necesidades: recogida y análisis sistemático de la información; el diseño del programa y la planificación de la intervención: fundamentación teórica (justificación de nuestro enfoque de intervención), metas, objetivos, evaluación y metodología; la ejecución del programa: diseño de objetivos flexible, en función de las necesidades y particularidades; y la evaluación del mismo: evaluación continua y global.

De forma genérica se recogen elementos para el desarrollo de las terapias creativas en cada uno de los ámbitos. Dado que la presente investigación pormenoriza las conclusiones y reflexiones relacionadas con la práctica clínica en el ámbito de la salud mental, se establece una breve mirada hacia el resto de ellos.

En educación es específico analizar qué lugar puede aspirar a ocupar el arteterapia y los arteterapeutas, diferenciando entre la intervención integrada para la atención a las necesidades educativas especiales de un servicio de atención terapéutica incluso preventivo. La población con la que se trabaja incluye a niños y niñas con trastornos de conducta y del comportamiento, de alimentación, para el manejo de habilidades sociales y emocionales, la prevención del acoso escolar, el fracaso escolar, y la atención a las distintas capacidades, etc. Se requiere revisar las posibilidades en el enfoque y abordaje con el alumnado, el profesorado y las familias, desde una perspectiva integradora, sistémica y holística.

En el ámbito social, la integración del arteterapia para por el desarrollo de espacios donde el abordaje grupal es objetivo prioritario de la intervención, espacios de inclusión, prevención y encuentro. Como tales, ofrecen a las personas que acuden a ellos la oportunidad de mostrarse, de darse voz, de ocupar un sitio desde el que ser, relacionarse, conocerse, aceptarse, etc.

En el ámbito hospitalario, el de las terapias creativas en hospitales, el trabajo se centra en el acompañamiento en procesos de salud y enfermedad, para favorecer la integración y vivencia emocional de la experiencia vital en la que se encuentran las personas, dándole un sentido para la propia vida. Dicho

acompañamiento se da en fases terminales de la vida, en procesos quirúrgicos, en hemodiálisis, en hospitalización pediátrica, en la atención a bebés prematuros, enfermedades crónicas o degenerativas (fibromialgia, esclerosis múltiple, dolor crónico, etc.). De nuevo, las posibilidades del enfoque y abordaje incluyen a los y las pacientes, los y las profesionales y las familias, desde un enfoque clínico, integrador y de nuevo, holístico.

El trabajo del arteterapeuta en el hospital se deberá ajustar al contexto donde se realiza (Günter, 2000) siendo este un encuadre notablemente diferente al de la práctica más deseable. Las posibles interrupciones de la sesión por motivos médicos, familiares o propios de la enfermedad pueden obligar a los y las arteterapeutas a adaptar las sesiones a esas circunstancias tan específicas. Medidas sencillas como la elección de un horario ajustado a la rutina hospitalaria pueden mejorar notablemente la práctica. La creación de espacios destinados al arteterapia, en el caso de los y las pacientes que pueden desplazarse dentro del hospital, o la difusión de la información necesaria a los agentes que intervienen en el ámbito hospitalario, también será variables beneficiosas para una mejora de la praxis.

Es por ello una vez más fundamental que la relación interprofesional esté basada en el respeto mutuo y la confianza, así como en la comunicación y colaboración entre profesionales (Rico, 2009: 26). A menudo, esta posibilidad no es real ya que la no institucionalización de la práctica y el desconocimiento por parte de los y las profesionales sanitarios impide que este trabajo se realice. Los motivos que llevan a esta falta de armonía y comunicación son de carácter ético, ya que es una máxima respetar la intimidad del paciente y por ello la revelación de datos médicos no es una práctica común hacia otro tipo de personal no directamente vinculado con el hospital. Este aspecto es primordial a la hora de diferenciar una práctica profesional de una académica. (Ramos, 2014, p. 23)

De nuevo, atendiendo a los diferentes ámbitos, el diseño de objetivos habrá de tener en cuenta los siguientes indicadores (además de los específicos de la persona y del colectivo):

- La importancia de diferenciar su formulación en función del contexto, la demanda, el perfil, etc.... así como su revisión y reformulación constante para su ajuste.
- La comprensión global de la persona, y en el caso de los y las niñas y adolescentes, entender que un niño es una persona que se expresa, que se encuentra en un proceso de evolución y que espera recibir del mundo una mirada.
- El trabajo en la visibilidad de la persona, desde sí misma y desde los otros y otras.
- La necesidad de dar lugar a la persona, de ofrecerle una mirada constituyente.
- La generación de acción y protagonismo, la toma de conciencia y la responsabilidad.
- El énfasis en el proceso de creación, el intercambio de ideas, la posibilidad de trascender y el vínculo.
- La visibilidad de las posibilidades del arteterapia en los ámbitos de intervención, en este caso con niños, niñas y adolescentes.

7.2.3 Arteterapia en el ámbito clínico de salud mental con niños, niñas y adolescentes.

En arteterapia, se favorece la expresión de las distintas versiones de lo propio, de “lo real”, de lo deseado, de lo doloroso, favoreciendo su integración desde una nueva lectura, una nueva narración que se construye desde la experiencia de creación en el presente, en un contexto cuidado y en una relación terapéutica vincular, contenedora, segura, consentida, paulatina, en la que el proceso creativo y la obra o producción que es fruto de este, impone el ritmo personal y genera el “código”, ofreciendo los símbolos puestos al servicio de la relación vincular.

Por la necesidad de consolidación identitaria de los niños, niñas y adolescentes, encontrar un espacio para esa expresión emocional sincera libre de juicios, supone a menudo un hito de cambio para las posteriores relaciones

interpersonales así como sobre la visión que de sí mismos tienen y de su percepción del mundo, lo que redundará en su mejora bio-psico-social.

En continuidad con lo expuesto en lo relativo a la intervención y tratamiento de la psicosis y esquizofrenia en la infancia y adolescencia, se especifica también en el mismo servicio la inclusión del arteterapia en el abordaje del trauma infantil, denominado síndrome de estrés post traumático en niños, niñas y adolescentes, se señala la particular dificultad para su identificación y diagnóstico en los niños, por lo que su tratamiento está menos desarrollado a pesar de las cada vez más evidentes muestras de la indicación de tratamientos efectivos. Para su abordaje habrán de permanecer los síntomas durante más de tres meses pasado el acontecimiento traumático y ajustarse los recursos a las necesidades específicas de cada persona, su edad, sus circunstancias y nivel de desarrollo. No existe hasta este punto nada especialmente novedoso o diferencial del abordaje a realizar en España respecto de perfiles similares, pero lo radicalmente novedoso y diferencial descansa en la inclusión del arteterapia entre aquellas formas de tratamiento eficaces en los casos de estrés post traumático, incluidos aquellos casos derivados de abuso sexual, junto con la terapia de juego o la terapia familiar.

Los datos expuestos apoyan la afirmación de que los espacios de arteterapia, además de su calado emocional y terapéutico, constituyen lugares de aprendizaje y expresión para la vida, que permiten canalizar las primeras experiencias de fracaso vital y emocional a través de la autoexpresión artística, así como la simbolización de conflictos derivados en el desajuste de las expectativas, las capacidades y la construcción de la realidad social que a partir de ellas se hacen los niños, niñas y adolescentes. Dichas experiencias pueden ser aún más dolorosas en aquellos casos de diagnóstico clínico temprano, en el tratamiento de menores con trastorno mental grave como los que se han tenido en cuenta para los aspectos observacionales del marco empírico de esta investigación.

Por ello, la investigadora se aventura a afirmar que la integración efectiva y reglada del arteterapia para la atención de los menores en cualquiera de los ámbitos, con especial énfasis en el de la salud mental infanto juvenil, favorecería el

autoconomiento y desarrollo personales, para la prevención y el tratamiento temprano de desórdenes y patologías, entre ellos, los desórdenes conductuales y otros trastornos que empiezan a aparecer de forma sintomática en estas etapas.

El impacto psicológico de la situación vital sea cual fuere puede limitar al niño, a la niña y al joven en la comunicación, hasta producir un desequilibrio emocional desestructurante. El arteterapia viene a posibilitar vías para la expresión de tales emociones y conflictos, y en el contexto descrito en esta investigación, con el potencial del grupo como marco, factor incluido en el encuadre diseñado para el tratamiento integral en la clínica infanto juvenil. En general, los posibles problemas y desencadenantes son los mismos casi para cualquier niño, niña o adolescente: problemas de contención; conflictos de filiación y afiliación por falta de modelos de identificación estables y coherentes; baja autoestima por sensación de fracaso; rechazo, expulsión; conflictos derivados de consumo, etc. De ello deriva la afirmación de que a menudo el niño, la niña y el adolescente desadaptado, de alguna manera desafía la psicopatología del adulto y de la sociedad, que no acepta y comprende completamente la adolescencia como proceso. De esta manera, el adolescente produce síntomas sociales y el adolescente inadaptado, viene a evidenciar la falla de la desestructura.

En cualquier caso, definir la infancia y la adolescencia como marco para la intervención no es fácil, y “cuando trabajamos con el arte y las personas, las definiciones a menudo limitan y dan lugar a un reflejo incompleto y parcial de la realidad, siendo más ricas las visiones que de sí mismas pueden construir las personas”. (Ojeda y Serrano, 2010, p. 145) Es por ello que la mirada hacia el ámbito en el que se trabaja deberá priorizar el encuentro con la persona que además: se encuentra en una situación de riesgo social; se encuentra en régimen ambulatorio en salud mental, quizás tras un ingreso en agudos en el Hospital de referencia, quizás tras un primer episodio psicótico de alto riesgo autolítico; que ha emigrado de sus países de origen para incorporarse a una cultura y sociedad ajenas cuyo idioma aún desconoce; que ha sido víctima de violencia familiar; que es hijo de padres divorciados; que ha sido diagnosticado de TDAH, tras no integrarse en su aula ordinaria y no alcanzar los objetivos académicos propuestos para su etapa

escolar; y un amplio etcétera que más allá del diagnóstico, enmarca a las personas en sus circunstancias.

Entre los muchos aspectos relevantes para la intervención clínica desde el arteterapia, es relevante considerar en esta investigación el estilo de apego del paciente, vinculado a las relaciones en las primeras etapas de vida con sus cuidadores y cuidadoras primarios. La relación que hubiera entre ambos en la etapa temprana del desarrollo determinará su capacidad vincular con otros cuidadores en el futuro y tendrá consecuencias directas en el modo de relación y vinculación con los y las otras, y por tanto, con los y las profesionales terapeutas. El sistema de apego es regulador de la experiencia emocional y actúa como prototipo para las posteriores relaciones. Dado que las primeras relaciones vinculares tienden a perpetuarse, es interesante contemplar la posibilidad de que puedan ser reconducidas, reconstituidas, desde otra relación vincular de referencia en el contexto arteterapéutico. Para ello, es importante detectar el patrón de apego que permite observar cómo se relaciona la persona y cómo se relaciona con el y la arteterapeuta, atendiendo a las separaciones y uniones, establecimiento patrones y sistemas de relación y exploraciones interpersonales.

El desarrollo de las sesiones de arteterapia en relación a la creación del vínculo terapéutico pasa por una fase de exploración y establecimiento de la alianza terapéutica, que se transforma en un devenir creativo en las sesiones en las que no existe una necesidad de finalizar un trabajo, sino de trabajar en un proceso personal creativo. En cada contexto, esta dimensión cobrará unos matices específicos; concretamente, en el ámbito hospitalario por ejemplo, el estado emocional del niño, la niña o el adolescente, y por tanto su capacidad vincular, pueden verse afectados por las condiciones institucionales y personales que vive el paciente. Por ello debemos ser especialmente cautos en este contexto a la hora de ejercer la labor arteterapéutica. “Por ello, ejerceremos las funciones propias del arteterapeuta garantizando un encuadre terapéutico apropiado y un sostén suficientemente bueno”. (Ramos, 2014, p. 25)

Entre las posibilidades del arteterapia para garantizar ese espacio de contención y libertad en el ámbito clínico de la intervención, se encuentran algunos rasgos definitorios de la disciplina que dialogan con la realidad de la clínica, de las personas con las que se trabaja de forma directa en la clínica infanto juvenil:

- Ofrece un marco contenedor en el que poder explorar, jugar y expresarse: en el que el conviven la calma, la atención, la escucha, la exploración... junto con el ruido, el movimiento, la diferencia de maneras, etc. En ese espacio:

El autoconocimiento y la comprensión de uno mismo emergen de la capacidad para jugar. El uso del término “juego” en este contexto describe un estado mental en el que el sujeto es capaz de pensar de un modo flexible, arriesgarse en sus ideas (e interacciones) y permite emerger nuevos pensamientos creativos. (Youell, 2010: 122 en Edwards, 2004-2014, p. 62)

- Ofrece un espacio terapéutico diferente: que convierte los contrarios en partes donde poder situarse y desde donde ensayar nuevas maneras de ser. Lo que depende de que el y la arteterapeuta sea capaz de:

Crear y facilitar un espacio de contención análogo al que se experimenta en el cuidado de una madre o un padre “suficientemente buenos” en el que la relación terapéutica sea aquella en la que tanto terapeuta como cliente son capaces de jugar juntos. (Edwards, 2004- 2014, p. 62)

- Posibilita una vía de comunicación: que apoya el registro verbal cuando este aún no existe o no resulta fácil su expresión. El o la arteterapeuta acompaña a la persona en la elaboración de las dificultades y conflictos personales, en un proceso que va desde lo simbólico hacia lo verbal y viceversa. En el trabajo con niños, niñas y adolescentes en arteterapia, esa comunicación se da a menudo a través del juego, ese espacio intermedio, potencial “en el que se puede jugar con los pensamientos, sentimientos, intuiciones e ideas a través de la creación de imágenes lo que puede ayudar enormemente a traer a la conciencia temas de los que el cliente y e terapeutas no tienen conciencia, lo que permite que una nueva comprensión emerja”. (*Ibíd.*)

Entrando en el análisis de la posición terapéutica en el ámbito clínico, en diferencia por ejemplo del ámbito educativo, en la experiencia de la investigadora se genera una perspectiva dual de la identidad profesional, a la que muchos de los profesionales entrevistados aluden en sus testimonios. En el caso del ámbito se daba una doble identidad profesional como arteterapeuta y como docente, que si bien facilitaba la integración del arteterapia en el ámbito educativo, no ofrecía un amparo institucional concreto. En el ámbito clínico, la identidad como arteterapeuta aparece diferenciada del resto de disciplinas; sin embargo, su inclusión es más compleja. Poniendo ambos en relación, se puede extraer de las experiencias que el trabajo con adolescentes de las mismas edades que los y las pacientes con los que se desarrollaban las etnografías 1 y 2 del marco empírico de la investigación, con un nivel socio-económico medio-bajo, un elevado porcentaje de fracaso escolar temprano, familias desestructuradas, un índice elevado de figuras parentales ausentes o en desempleo, etc., hacía resonar experiencias y pensar en la importancia del trabajo de prevención que desde el arteterapia se puede desarrollar con este colectivo, incluso de cara a la prevención de la salud mental e integral desde las aulas.

Esto lo convierte en opinión de la investigadora en un espacio deseable para la integración del arteterapia a nivel institucional, tanto desde la intervención grupal, lo que favorecería el autoconocimiento y desarrollo personales a la par que académico, como para el tratamiento temprano de desórdenes de conductas y otros trastornos que empiezan a aparecer en estas etapas, desde un abordaje individual. De hecho, muchos de estos chicos, son derivados a atención psicológica externa, lo que irrumpe en su normal vida académica, familiar y social.

Existen en algunas instituciones en las que se desarrollan talleres abiertos de arte y expresión, incluso a veces conducidos por arteterapeutas en los que el “arteterapeuta realiza indicaciones individuales en relación con el proceso creador, no hay creación conjunta, pero sí creación en relación con los otros presentes”. (Marxen, 2011). Sin embargo, para la integración efectiva del arteterapia en los centros educativos, haría falta un proceso de reeducación institucional y social, que entendiesen la importancia crucial que éste puede tener de integrarse en sus

rutinas. “Si la institución nos percibe como agentes extraños, los pacientes y sus familiares, muy probable y lógicamente lo harán también”. (Ramos, 2014)

En tal caso, el enfoque podría ser arteterapia o taller de arte, pero si se hace arteterapia, además de informar a las familias y a los chicos y chicas, la institución debe albergarlo como tal, diferenciándolo del segundo. Esto es lo mismo que ocurre y que se espera en el caso de la inclusión del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico.

En el trabajo con niñas, niños y adolescentes en dicho ámbito, la estructuración creativa y psíquica que el proceso de creación favorece permite hacer emerger contenidos sutiles, como la luz, la sombra, lo bello, lo traslúcido, lo oculto, la huella, la memoria, etc.; metapensamientos y concepciones trascendentes más allá de lo concreto que son raramente esperables en los y las menores. Se aborda desde ellos el compromiso, la escucha personal y creativa, el proceso de crecimiento, la dignidad personal puesta en el trabajo y la apuesta por la capacidad.

También es posible abordar las dificultades presentes en la relación con los otros y con el mundo, en las que los procesos de comunicación/incomunicación están presentes y que a menudo generan un enorme sufrimiento psíquico; problemas de relación por falta de comunicación: flujos quebrados, interpretaciones rápidas y sin reflexionar, falta de autocontrol, tendencia a la agresividad físico – corporal, dificultad de hacer llegar los mensajes identitarios entre ellos, a los adultos, a los familiares, etc. De alguna manera se ofrece a los chicos y chicas una oportunidad para ser ellos y ellas mismos en un espacio propio, el espacio arteterapéutico.

No es infrecuente detectar un sentimiento de no pertenencia, de no sensación de libertad ni encuentro, de dificultad en la observación del propio proceso de vida, de repeticiones, de fracasos prematuros, de abandono.

En el fondo son las emociones, el reconocimiento las que subyacen a toda experiencia vital del individuo, del niño, niña o adolescente en este caso, y que son

visibilizadas a través del trabajo en la producción de imágenes, por ejemplo y como observamos en las que acompañan, a través de la fotografía. El reconocimiento de la emoción y de la situación en que se produce, los cambios físicos asociados, la reacción corporal, el mantenimiento en la psique en la fijación por dicha emoción-respuesta, la integración en ellas de las polaridades y los binomios.



Figuras 7-2 y 7-3. (2012) La soledad, el entusiasmo.

A través del proceso artístico en el marco y en la relación arteterapéutica, los adolescentes son capaces de generar y atribuirse significados personales, lo que redunda en su identidad personal. Los sueños, la agresividad, el miedo, pueden abordarse en una imagen en la que como se señala en el siguiente testimonio:

Trato de transmitir la expresión del miedo, la defino como una emoción que se produce cuando algo nos da fobia, o un estado de angustia y malestar. Es una emoción casi siempre desagradable y que a nadie le gusta. En la obra se ve a una persona que está encerrada en sí misma, le da “miedo”, salir...Para mí no es simplemente tener miedo de algo material, se puede tener miedo emocionalmente hablando por ejemplo, miedo a expresarse libremente, sus ideas o emociones...está en todas partes... (R.)

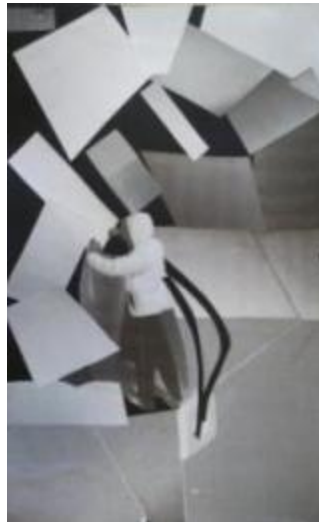


Figura 7-4. (2012) La agresividad.

Surgen así las propias narrativas de la clínica, más allá de los diagnósticos no hablan del sufrimiento y el malestar psíquico, que a través de las producciones resuenan en el otro en la escucha, que les da lugar y valor y los devuelve una vez más a la persona, a los clientes, en un “baile” constante de ida y vuelta consigo mismos, ante la mirada del otro que les ve, que confía, que escucha y que de forma paciente aguarda la propia comprensión del cambio por la persona. Como se refleja en este testimonio sobre la agresividad:

Es algo que me llama la atención, muy presente en nuestra vida cotidiana y en ciertos momentos de nuestra vida nos sentimos así, en los que ciertos temas que nos suceden nos inquietan y nos producen esa sensación de estrés, nerviosismo, agobio, agresividad...En mi obra he plasmado lo que para mí me produce esa sensación de agobio, todo el mundo te mira, te sientes presionado, con muchos temas en tu cabeza que no te dejan ir más allá de lo que tú quieres conseguir o evitar....(C.)

Tras la revisión de todos estos aspectos conviene preguntarse: ¿qué ofrece el arteterapia para el trabajo con esta creciente población en el ámbito de la salud mental infanto juvenil? Se apoyarán las respuestas en los aspectos que señala la arteterapeuta Eva Marxen (2011) en el trabajo específico con menores y adolescentes en el que se basa para la escritura de su libro *Diálogos entre arte y terapia*:

- Pese a que permite alcanzar un proceso verbal a partir de la creación, el arte resta importancia al aspecto verbal y favorece un modo alternativo de comunicación y, por tanto, de abordaje y tratamiento.
- El arte es un foco externo y más seguro donde explorar aspectos positivos y negativos de la cultura y de la persona en relación con ella, por lo que muchos grupos terapéuticos son considerados como grupos de intercambio y conocimiento entre iguales.
- La creación de imágenes refuerza el sentido de identidad, más cuando esta se presenta fragmentada o en conflicto con la cultura receptora (existen estudios empíricos que demuestran que adolescentes con trastornos emocionales severos, refuerzan su sentido de identidad a través del tratamiento).
- La capacidad para posibilitar la expresión de emociones, sentimientos, recuerdos, de manera específica (cultural), usando su lenguaje, su simbolismo, su manera, a su ritmo.
- El carácter regresivo, evocador de la infancia, del pasado, que permite al adolescente experimentarlos no necesariamente verbalmente, de forma distanciada y segura (distanciamiento estético).
- Es un soporte para la asociación (Fiorini).
- Las imágenes visuales favorecen conexiones culturales entre adolescentes.
- El arteterapia se basa en la idea de que el proceso creativo es universal y el potencial y capacidad creativas, inherente a todos los seres humanos, aún estando en ocasiones más o menos inhibido.
- El arteterapeuta estimula la capacidad de la persona para encontrar sus propios significados, a través de sus propias realizaciones.

Del alcance de estos dos últimos puntos se establece que la vinculación con la obra es un índice de buen pronóstico de la intervención y de las posibilidades de mejora y crecimiento en arteterapia. Por tanto se ha de prestar atención a la escucha de lo que lo que acontece, de lo que la persona brinda y a través de qué patrones puede tomar forma en arteterapia, en el proceso. Algunos aspectos son clave en la intervención: los materiales, los procesos, los tiempos, la relación con el

espacio, el juego, lo simbólico, el cuerpo, la memoria, la historia de vida, las posibilidades de ser (narraciones), el grupo, las interrelaciones y la relación terapéutica.

De todos ellos, el juego como acto de creación que a través de un vínculo con uno mismo y con el entorno favorece la expresión del mundo interior del niño y adolescente, de las vivencias integradas de él: los roles, los papeles, las reglas,... como espacio transicional (Winnicott) donde el ser se muestra creador en esencia. En ese espacio entre la realidad y la fantasía en el que el sujeto puede encontrar una manera de expresar sus anhelos de ser. En ese mismo espacio, se pueden trabajar los contenidos latentes, emergentes, intrapsíquicos, a partir de los cuales se constituye la posibilidad de poder redescubrir experiencias, emociones y percepciones ya vividas a través del trabajo con la propia biografía, “encuadrarlas en el pasado”, “ubicarlas en el presente”, darles sitio en él, un presente que desde el autoconocimiento y la mejora les permita la continuidad narrada hacia el futuro pues como señala Martorell la “psicología nos ha enseñado que aunque creamos que estamos hablando de otra cosa, en realidad es muy posible que estemos hablando de nosotros mismos”. (Martorell, 2004, p.13). Así actúa también la obra.

Parece poder establecerse un acuerdo en que los y las arteterapeutas trabajan con personas y en contextos, en una doble construcción bidireccional entre ellos, que no aísla a las primeras de los segundos, que a su vez no tendrían sentido sin los primeros; se debe comprender el alcance que esto tiene en la construcción identitaria (individual y colectiva) y el desarrollo y fortalecimiento personales, pues de esa relación compleja devienen muchos de los malestares presentes en los pacientes, los sí mismos, las personas.

Ubicarles a menudo en función de sus “malestares”, y por tanto, del abordaje que se entiende que hay que hacer con ellos, lleva a los y las profesionales a compartimentar sus intervenciones diferenciándolas por áreas, normalmente ámbitos: educativo, clínico y social, y disciplinas. Y esto es algo, que aún facilitando la aproximación a la naturaleza y particularidad del entorno donde la intervención desde el arteterapia tendrá lugar, les aleja a menudo del entendimiento del alcance de la propia intervención, que ha de mantener unos parámetros concretos, sea cual fuere el ámbito en el que se inscribe.

En lo específico del ámbito de la salud mental es necesario prestar atención al espectro clínico y las implicaciones que tiene para la construcción identitaria del sujeto que se identifica y se diluye en la etiqueta de su propio diagnóstico. Psicopatología y arte se unen en un espacio en que todo elemento es simbólico de otro, y en el que la relación vincular con los pacientes viene marcada por las experiencias que los pacientes pasan o proyectan “a través” de esa nueva relación acogedora, contenedora y creativa. Dicha relación emerge en la continuidad de un vínculo seguro, en la constancia de la temporalidad ya que:

Con respecto a las dimensiones de la temporalidad podemos ver cómo en cada acción del sujeto, en cada conducta, en cada cosa que él hace o dice, en cada momento, etc..., están incluidos siempre su pasado, su presente y su futuro. (Pichon-Rivière, 2006, p.66)

Se mencionan las personas a las que llamamos pacientes en tanto que sufren trastornos psicopatológicos y que han de pasar parte de sus vidas en instituciones, centros psiquiátricos y unidades de salud mental, salud mental infanto-juvenil, comunidades terapéuticas, hospitales de día, centros educativo-terapéuticos, aulas TGD, etc. Por todo lo mencionado, el potencial del arteterapia, por su capacidad para favorecer la expresión personal y el autoconocimiento, más allá del discurso verbal de los y las pacientes, se multiplica en la intervención con niños, niñas y adolescentes. Tanto en los ámbitos educativo y socio-sanitario, como fundamentalmente, en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, la integración del arteterapia en el tratamiento integral interdisciplinar que las instituciones favorecen viene demostrando un enorme alcance y efectividad como herramienta de elaboración personal, de cambio y de mejora. Como señala la arteterapeuta Laura Rico, “el arteterapia no es un experimento dentro del mundo hospitalario, sino un modo de trabajo utilizado desde hace décadas en los países más desarrollados y que ha conseguido en ellos su hueco, demostrando, teórica y prácticamente, los beneficios que reporta”. (Rico Caballo, 2007, p.406)

Para la concreción de dicho abordaje es importante abordar los siguientes aspectos evolutivos y sociales que definen la infancia y adolescencia en el momento actual; la visión panorámica de las posibilidades del arteterapia en los

ámbitos educativo, social, sanitario y clínico en la intervención con niños/as y adolescentes; la revisión de los aspectos fundamentales de la clínica infanto-juvenil: psicopatologías más frecuentes, con especial énfasis en los trastornos del espectro autista, los hipercinéticos (TDA, TDAH) y el trastorno del apego o del vínculo; las implicaciones metodológicas y potencialidades específicas desde el arteterapia; y el abordaje vincular de la intervención en salud mental infanto-juvenil.

En el análisis realizado en epígrafes anteriores sobre el estado de la salud mental infanto juvenil y su abordaje en nuestro país, se señalaban las patologías más frecuentes y el marco de intervención y normativo para su abordaje. Como se deduce del análisis sobre los elementos generales del arteterapia, el contexto donde se integra marcará las posibilidades de intervención. Por ello, es necesario conocerlo y conocer el abordaje integral que desde todas las áreas se hace, para asimilar el alcance de la intervención arteterapéutica y para también hacerlo llegar al resto de profesionales.

La obra les ofrece la distancia segura para la expresión de lo propio sin el miedo a hacerlo de una manera expositiva; ahonda en las potencialidades desde las capacidades, desde la salud residual y favorece el entendimiento y desarrollo del autoconcepto, mejorando la autoestima para una nueva relación con uno mismo, con el otro y con el mundo, desde una visibilidad más positiva de la persona en relación consigo misma.

Es una experiencia de construcción y crecimiento, de autodescubrimiento que favorece la identificación a partir de un nuevo lenguaje, que no niega la palabra pero ofrece nuevas vías, múltiples, ilimitada, acompañado de la evolución plástica y de lo personal en ella, lo distintivo, a través de lo cual se trabaja el sentido de identidad, de dignidad personal, de pertenencia familiar, de integración desde la diferencia, de resignificación de las vivencias, de integración de la propia historia de vida, de adaptación a los cambios físicos y evolutivos, de desarrollo e las habilidades para sentirse capaz y aprender, y poder aprovechar los desafíos del entorno para maximizar el desarrollo.

En el marco empírico de esta investigación se analizan algunos elementos presentes en la institución que apoyan el abordaje e intervención integrales y cómo se observan y apoyan desde el arteterapia para cada rango de edad para tratar de entender desde la investigación: ¿qué adquiere más valor? ¿Dónde se produce el cambio? ¿Qué fuerza adquiere el vínculo? ¿Qué ritmo cobra el proceso? ¿Qué papel juega lo verbal, la palabra?

La existencia de un modelo o marco teórico – metodológico, la relación entre los profesionales que se ofrece como modelo vincular, la percepción del equipo y del grupo como sistema, la repercusión del modelo institucional en la vida, abren posibilidades para el desarrollo e integración del arteterapia en el ámbito clínico de salud mental con niños, niñas y adolescentes.

7.3 La integración del arteterapia en el ámbito clínico: un modelo desde la praxis

Uno de los objetivos de esta tesis y quizás el que mejor completa su sentido, es apoyar la lucha para el reconocimiento profesional de los y las arteterapeutas ofreciendo argumentos para su integración en el ámbito institucional de la salud mental infanto juvenil. De forma específica se señala en dicho apartado la intención de

Ofrecer un modelo de trabajo interdisciplinar en equipo aplicable al ámbito clínico infanto-juvenil y otros con los que comparte características y necesidades, en el que el arteterapia es una disciplina integrada, mostrando los beneficios y potencial del arteterapia para el abordaje integral de las patologías graves presentes en el ámbito institucional clínico infanto-juvenil.

A la luz de los testimonios recogidos y las experiencias analizadas, que la disciplina se integre en las instituciones debería ir acompañada de un reconocimiento profesional que si bien se hace efectivo entre los profesionales que integran un equipo y las personas con quiénes se trabaja, no siempre lo es de la

misma manera por parte de los gestores de las instituciones y de aquellas personas que toman las decisiones sobre quiénes y cómo conforman los equipos interdisciplinarios.

Esta falta de reconocimiento, junto con otros muchos factores, han sido analizados en la literatura relacionados con una enorme sensación de hastío y desesperanza a la que muchos profesionales se refieren en su práctica y que ha sido nombrada como síndrome de desgaste profesional o *burn out*; en especial, en el ámbito profesional arteterapéutico, es frecuente la sensación de no encontrar la manera de ser reconocidos en la profesión, de tener que compatibilizar diferentes realidades profesionales para no abandonar el ejercicio de la misma, o finalmente, la de tener que abandonarla por no encontrar la posibilidad de llevar a cabo un ejercicio profesional completo y normalizado, y aún así y muy a menudo, el abandono de la misma por muchos y muchas profesionales. Entre los motivos y explicaciones muchas remiten, tal y como señala White al referirse a otros profesionales de la psicoterapia:

A las estructuras institucionales que constituyen el contexto de este trabajo (al hecho de que estas estructuras son desmoralizadoras y no brindan ningún apoyo a su personal) y a las innovaciones en la prestación del servicio que están siendo regidas cada vez más por la lógica económica del mercado “libre”, y no por lo que sería lo mejor para las personas, según criterios valiosos para ellas. (White, 2002, p. 10).

Tal sensación nos lleva a preguntarnos que si experimentamos sensaciones que son fruto de la práctica en las mismas condiciones en las que otros y otras profesionales de mayor trayectoria y recorrido las experimentan, bajo qué consideraciones se habría de justificar un reconocimiento diferenciado de nuestras disciplinas.

De hecho, es compartido por muchos profesionales arteterapeutas que la no continuidad y apoyo de los proyectos y programas de arteterapia iniciados en muchas instituciones, pasa por el ajuste y recorte presupuestario que termina por dar cabida a aquellas intervenciones y disciplinas que legalmente han de estar cubiertas por las instituciones de cara a las revisiones, reclamaciones e

inspecciones oportunas, en detrimento de otras que aún siendo valoradas positivamente, carecen de una estructura y marco legal para su defensa. Tal es el caso del arteterapia y aunque “todos tenemos buenas razones para estar preocupados por estas estructuras institucionales y por el sometimiento a las leyes del mercado de muchas de las decisiones sobre la prestación de servicios”, no todos los y las profesionales arteterapeutas han de hacerles frente de la misma manera, pues muchos de ellos son integrados en las instituciones gracias a un doble perfil profesional que les ofrece una seguridad añadida. Tal y como se señalará en adelante, aproximadamente un tercio del total de las entrevistas contempladas en este trabajo de investigación, corresponden a arteterapeutas que ejercen su labor en las instituciones a la vez que trabajan como psiquiatras, psicólogos o psicólogas, enfermeros o enfermeras, terapeutas ocupacionales o educadores y educadoras. Si bien esta dualidad identitaria profesional conlleva las justas dificultades, favorece la integración en continuidad de los proyectos de arteterapia. Y como se señalará en el desarrollo del marco empírico de esta investigación, será la continuidad aquel indicador de referencia que permitirá el análisis de experiencias y resultados con vistas a su posible implantación en otros contextos de realidad similares a los descritos.

Sea cual fuere la situación específica, la cuestión de la integración del arteterapia en las instituciones es una cuestión problemática cuyo abordaje pone en acción diversos elementos. De hecho, tal y como señala David Edwards la propia práctica arteterapéutica viene determinada por muchos factores.

Además del recorrido del arteterapeuta, su formación y su orientación teórica, su práctica se verá influenciada por las necesidades concretas del grupo con el que trabaja y por el contexto institucional en el que se desarrolla su trabajo. [...] Y más allá de eso, la experiencia de trabajar como miembro de un equipo pequeño que ofrece una atención especializada a un grupo concreto puede ser muy distinta al trabajo más individual de una organización más grande en la que los clientes o usuarios pueden ser más variados. Cada situación confronta al arteterapeuta con sus particulares

retos y lo que puede resultar adecuado en un encuadre puede no serlo en otro. (Edwards, 2004-2014, p. 79)

Si se aspira al diseño de un modelo de integración del arteterapia evidenciado en la praxis, conviene tener en cuenta la percepción que los y las profesionales tienen de sí mismos en sus contextos de desarrollo profesional, radicando a menudo la dificultad de los y las arteterapeutas, en poner en relación esta autopercepción con la visión ajena que tienen el resto de profesionales sobre ellos y ellas. Empieza a ser frecuente encontrar experiencias de intercambio en los foros de conocimiento como son los congresos, seminarios, cursos, jornadas y formaciones de diversa naturaleza, en los que las y los profesionales arteterapeutas presentan las conclusiones de su trabajo acompañados, y de alguna manera avalados y reconocidos de cara a la comunidad científica, por otros y otras profesionales (psiquiatras, psicólogos y psicólogas, etc.) que son partícipes y testigos del alcance y beneficios que el arteterapia tiene en la acción terapéutica global que los equipos interdisciplinarios ofrecen, lo que de alguna manera da valor de autenticidad a la labor de los y las arteterapeutas.

En palabras de White:

Este sentimiento de autenticidad no es algo que se logre remitiéndose a “bases objetivas” ni a “datos objetivos”, sino que es, en cambio, el resultado de procesos de autenticación. Estos procesos de autenticación requieren foros o ámbitos sociales en los cuales las personas puedan expresar o escenificar sus pretensiones de conocimiento ante un público que sea testigo de esta representación, un auditorio que responda de maneras que muestren un reconocimiento de tales pretensiones. Es a través de tales procesos de autenticación que las personas experimentan que están en concordancia con dichas pretensiones de conocimiento. (White, 2002, p. 30).

El resultado suele ser que cuando los y las arteterapeutas logran verse y sentirse parte de tales foros, algo de reconocimiento profesional y personal se hace efectivo en ello y en ellos y ellas.

Sin embargo, esto no significa que los y las arteterapeutas que no logran estar presentes en tales foros reglados de conocimiento no desarrollen prácticas rigurosas y merecedores de estos, puesto que es frecuente el rechazo a que muchas de estas otras formas de intervención sean tenidas en cuenta frente a otras de mayor trayectoria. Yendo más allá y de forma más específica, es frecuente encontrar muestras de experiencias en las que el arte de la mano de la psicoterapia se hace presente en los foros de conocimiento de la mano de terapeutas ocupacionales, psicólogos y psicólogas que abordan desde el dibujo y la expresión artística sus intervenciones; incluso es frecuente encontrar experiencias de arteterapia presentadas por profesionales no arteterapeutas que niegan o invisibilizan la necesidad de que estas sean desarrolladas por profesionales arteterapeutas. De alguna manera el mensaje que llega a los y las profesionales y a las personas con las que trabajamos, es que tales experiencias arteterapéuticas son consideradas informales, puntuales o prescindibles, lo que hace minoritaria su presencia en dichos foros pero lo cierto es que “la reducción de los foros disponibles para la expresión o representación del conocimiento restringe las opciones para que las personas experimenten la autenticación de sus pretensiones de conocimiento y para que estos conocimientos puedan ser descritos con más riqueza”. (*Ibíd.*, p. 36).

Para ello, una descripción concreta de aquellos elementos comunes y diferencias entre el arteterapia y otras posibles intervenciones psicoterapéuticas que utilizan el arte y sus procesos, como parte y no como estructura metodológica fundamental, puede resultar efectiva para clarificar la pertinencia y alcance del arteterapia en las instituciones y diferenciarla de aquellas con las que actualmente se le confunde o que le pueden estar restando potencial, una realidad frecuente para los y las profesionales que es compartida en otros países de referencia para el desarrollo del arteterapia como lo es Inglaterra. Señala así Edwards que:

Incluso en aquellas situaciones en que el trabajo de los arteterapeutas se comprende adecuadamente y es reconocido formalmente como funcionalmente diferente de otros grupos profesionales, la tarea del día a día de una integración satisfactoria del arteterapia en el servicio en el que el

o la arteterapeuta trabaja siempre tiende a ser problemática. En aquellos casos en que la contribución del arteterapia no está completamente reconocida, respetada o comprendida el problema de la integración puede resultar extremadamente difícil y el arteterapeuta es incapaz de contribuir de manera eficaz al trabajo de la organización en la que ha sido contratado. (Edwards, 2004-2014, p. 80)

Y añade algo que es determinante para la práctica y los procesos de integración interdisciplinar, el hecho de que “la naturaleza de las organizaciones en las que los arteterapeutas trabajen ejercerán una influencia en su capacidad para establecer y mantener una práctica terapéutica creíble; no importa lo comprometidos y bien formados que estén”. (*Ibíd.*)

7.3.1 Puntos en común y diferencias entre la atención clínica y el arteterapia.

En el capítulo referente al marco conceptual y metodológico de la salud mental infanto juvenil, señalábamos la necesidad de las instituciones clínicas entendidas para esta investigación como aquellas instituciones de atención a la salud mental infanto juvenil, de establecer y acordar objetivos, criterios e indicadores, que permitan a los y las profesionales atender de forma integral a las necesidades que presentan los niños, las niñas y los y las adolescentes, tanto en el ámbito de su salud mental, como en la orientación a la prevención de los factores desencadenantes de gran parte del malestar psíquico que sufren.

Existen en la clínica muchas y diversas maneras de concretar esa atención, tantas como disciplinas presentes en los equipos interdisciplinarios. Desde su prisma, cada una observa la realidad corriendo el riesgo de parcelarla y fragmentarla, pues como señala Gergen:

Cuando cada uno no quiere ver las cosas más que a su manera, nos encontramos con el dilema de “tú o yo”. Si queremos superar los conflictos, la cuestión fundamental es cómo acercar las posiciones divergentes de esos dominios de significado”. (Gergen y Gergen, 2011, p. 35)

Ese dilema “tú o yo” forma parte de las estructuras organizativas de las instituciones, que promedian la atención en función de parámetros que no solo

tienen que ver con la mejora y el bienestar personal de los y las pacientes, sino que incluyen dilemas éticos, políticos y económicos en su hacer.

Además de esto, las propias disciplinas divergen y convergen en diferentes puntos, lo que no siempre es entendido como un proceso de aprendizaje y enriquecimiento mucho, sino que hace que los y las profesionales entren en competencia por el ansiado elemento crucial para “la cura”. Olvidan a menudo revisar desde el inicio incluso el mismo concepto de cura, mejoría, crecimiento etc., como ponerlo en relación con los valores, creencias y necesidades explicitadas por los pacientes que responden mejor y se sienten más vinculados y conectados a un tipo de intervención y no a otra, sin que esto reste potencial a ninguna de ellas. Al respecto señala Gergen que:

Tanto respecto al cliente como al terapeuta, el tipo de terapia tiene que respetar el estilo y las preferencias personales, las diferentes tradiciones y valores; es decir, la multiplicidad de construcciones de lo real y lo bueno. Las tradiciones terapéuticas son en sí mismas contenedores de significado cultural; ¿por qué un único sistema de significados tiene que ser útil para todo el mundo? (*Ibíd.*).

Están incluidas por tanto las actitudes, creencias y valores de los y las arteterapeutas y su disposición hacia la competencia o la cooperación en lo que concierne al trabajo con las personas desde una estructura interdisciplinar dado que la competitividad como forma de desarrollo óptimo del potencial del grupo, resulta:

Ignorante para entender las verdaderas relaciones que necesitan los sistemas (el equipo) para sobrevivir, tanto los ecológicos como los sociales. El grupo es una estructura que constata, desde su esencia misma, cómo es necesario incorporar la cooperación y la articulación para poder llevar a cabo sus objetivos. (Cembranos, F. y Medina, 2011, p.294)

En el cambio atraído por la posmodernidad, las escuelas terapéuticas han tenido que revisar muchas de sus concepciones, entre ellas, además de la

competencia y articulación, las de experto y no experto, en relación con los roles y reglas que se establecen en la relación terapéutica. Señala Michael White que:

Los discursos profesionales que moldean la interacción entre los terapeutas y las personas que los consuelan también están constituidos por reglas, que rigen el ejercicio de estas diferentes clases de conocimiento. Estas reglas sobre lo que importa en tanto conocimiento legítimo, reglas acerca de cómo y dónde deberán guardarse estos conocimientos, reglas acerca de quién está autorizado a hablar de estos conocimientos, reglas acerca de cómo habrán de expresarse estos conocimientos, reglas acerca de las circunstancias en las cuales podrán ser expresados, reglas acerca de las posiciones y situaciones desde las cuales podrán ser expresados, etcétera. (White, 2002, p. 156)

Tradicionalmente este rol de poder y conocimiento superior se ha otorgado al terapeuta, como aquel que tiene todas las repuestas para ofrecer a la persona, única destinataria de la acción de dicha relación terapéutica. Sin embargo, la posición desde el arteterapia otorga el valor de experto en sí mismo a la persona, que es acompañada por el o la arteterapeuta en un viaje de exploración y autoconocimiento del que ambos son parte y que modela a ambos en la relación transferencial, y en el que “los progresos en el cambio emergen de la propia realidad del cliente”. (Gergen y Gergen, 2011).

En esta modificación del planteamiento conceptual de uno de los aspectos fundamentales de la intervención psicoterapéutica, que es en primera instancia de índole social y aterriza en las realidades de las personas y con ello de las profesiones de las personas, las terapias artísticas vienen andando un camino de diferenciación no solo frente a otras terapias o intervenciones, sino también entre las propias prácticas en arteterapia, que difieren unas de otras según la posición terapéutica, la mirada, la conceptualización, etc. Y por qué no, del propio entendimiento de la terapia, de sus posibilidades y de la concepción acerca de las personas y de sí mismos y mismas. Revisar todos estos conceptos requiere de un esfuerzo y compromiso que no parecen tener cabida en la dinámica vertiginosa de la clínica, en el que se observa una falta de tiempo para la reflexión conjunta,

señalado por la mayoría de arteterapeutas informadores e informadoras en esta investigación; sin embargo, en un intento por ir más allá de lo dado en algunos conceptos y valores concretos como el del rol del terapeuta:

Al deconstruir los conceptos de conocimiento experto y observación neutral, los terapeutas se ven libres de reconocer y aceptar la responsabilidad ética que tienen por los efectos reales de su trabajo: por los efectos reales de su trabajo en la constitución de las vidas de las personas que los consultan. (White, 2002, p. 158)

Por todo ello, el objetivo fundamental de desarrollo del arteterapia no debería ser en sí la sola diferenciación del resto de abordajes en un intento por convencer de unas posibilidades o capacidades especiales, aisladas y no comunicables, lo que a menudo y hasta ahora ha dotado a la disciplina de una suerte de pseudo cientifismo incomprensible, que genera valoraciones más cercanas a lo mágico que a lo observable. Por ello, lo importante a señalar al respecto es que ese empeinado rechazo a dejar ir “el misterio” puede obstaculizar a la disciplina y a las personas implicadas en ella, pacientes y arteterapeutas. En otras palabras:

Hay más que obtener de la investigación que la demostración de la valía del arteterapia al resto del mundo de la salud mental. De hecho, De hecho, establecer la motivación en esa dirección puede resultar contraproducente. [...] Sin duda, la investigación es una conducta exploratoria que ofrece oportunidades para ofrecer más datos pertinentes a preguntas sobre arteterapia y, de ahí que ofrezca maneras de nutrir y fortalecer su campo de desarrollo. (Kaplan, 2007, pp. 21-22).

En aquello que diferencia el arteterapia cabría preguntarnos una vez más si crear arte es en sí mismo terapéutico y qué ofrece un arteterapeuta que otro/a clínico no pueda ofrecer. (Malchiodi en Kaplan, 2007, p.27). La respuesta a la primera pregunta posibilita un debate extenso e inherente a la profesión, que ha acompañado a los y las arteterapeutas desde el propio origen de la disciplina. En la actualidad, poner en palabra dicho debate resulta estimulante para el repensar de

una práctica que corre el riesgo de hacerse sin el pertinente rigor, de no ser formulada la propia pregunta.

La respuesta a la segunda se encuentra en el origen mismo de esta tesis y también es fruto de debate entre los y las profesionales a la hora de defender la inclusión o no del arteterapia como disciplina específica en el ámbito clínico.

Por centrar y concretar el punto del marco teórico en que se encuentra la lectura, diferenciando la atención desde el arteterapia de otras posiciones terapéuticas en la clínica, resulta interesante mencionar aquellos aspectos del arte que son fundamentales para la definición del marco arteterapéutico, diferenciándolo de otros espacios terapéutico en los que las actividades de dibujo o plásticas puedan ser tenidas en cuenta como herramientas útiles, y que enlazan con los planteamientos propios de la idea de una investigación específica en arteterapia, a la luz de los resultados señalados por la arteterapeuta Frances Kaplan y que quedan resumidos en los siguientes epígrafes:

1. Participar en arte y actividades relacionadas con el arte satisface algo profundo en nosotros. Dicha satisfacción puede relacionarse con la probabilidad de que el impulso universal a crear arte es resultado directo o indirecto de nuestra historia evolutiva y como tal, está embebido en nuestros genes.
2. La creación artística comunitaria solidifica los vínculos interpersonales que tuvieron valor de supervivencia para nuestros ancestros lejanos y que promueven condiciones saludables de vida para la gente en la actualidad.
3. El juego en el arte, en el que la mayoría de los niños se ven espontáneamente involucrados si se les da la oportunidad, favorece el desarrollo mental-cerebral. Se facilitan la discriminación perceptiva y la adquisición del lenguaje y como resultado, se mejora la autoestima. Implícita en esta conclusión va otra: todos los niños deberían tener oportunidades abundantes de crear arte a lo largo de sus años de crecimiento.

4. Además de ofrecer beneficios para el desarrollo, ejercitar la inteligencia visual a través de la apreciación y creación artísticas, evoca placer sensual y por tanto, supone una fuente de gratificación constructiva que puede ampliar el sentido de satisfacción anteriormente citado.

5. La expresión artística visual facilita la resolución de problemas y otras formas de creatividad. Al externalizar nuestras visiones internas, somos capaces de modificar, refinar, extender y aplicarlas en una variedad de situaciones. En resumen, el arte nos ayuda en la organización útil de nuestros pensamientos y experiencias.

6. Crear arte proporciona una de las pocas oportunidades de funcionamiento satisfactorio para aquellas personas con dificultades cognitivas. El impulse hacia la creación e incluso estimulado por algunos tipos de daño cerebral y, bajos esas circunstancias, puede verse como una fortaleza que surge de la debilidad y que en cierta medida compensa lo que está perdido.

7. El pensamiento visual implicado en la creación artística indica que el arte ofrece un acercamiento no verbal para la evaluación del desarrollo cognitivo y los déficits. Eso significa también que el arte puede ofrecernos una vía alterativa d comunicación para el lenguaje deteriorado.

8. El arte tiene el potencial de profundizar en la experiencia terapéutica. Esto radica en su habilidad para tocaros en lo profundo y en el “hacer especial” el contexto en el que ocurre el proceso.

9. El arte se encuentra entre aquellas actividades que pueden mejorar la calidad de vida para todos aquellos que las emprenden. Cuando la creación incluye algunas de las características del “flow”, proporciona el tipo de experiencia óptima que provoca sentimientos de crecimiento psicológico y hace que la vida en general, merezca la pena ser vivida.

Los beneficios señalados pueden englobarse según Kaplan en dos grades categorías, la del arte para la mejora personal, y la del arte para la rehabilitación. En cualquiera de los casos señala la autora la pertinencia bajo estos parámetros, de

su aplicación en el campo terapéutico sin reducciones simplistas del potencial e implicación del arte en ellos. (Kaplan, 200, pp. 74-76)

Resultaría pertinente cuestionarse ahora si estos usos y beneficios del arte son y pueden ser empleados de igual manera por otros y otras profesionales, a lo que muy probablemente respondería el lector que sí; pero, ¿pueden, en su uso arteterapéutico, ser entendidos, vivenciados y aplicados por profesionales no arteterapeutas en un contexto arteterapéutico? La respuesta es ahora categóricamente negativa. Para entender esta radical diferenciación que la investigadora asienta desde una posición humilde y firme, es necesario adentrarse en una práctica diferenciada que como se ha adelantado en capítulos anteriores, se mece entre el arte y la ciencia, en la práctica clínica arteterapéutica. Según Kaplan:

Necesitamos para comprenderlo más arte y más ciencia. El unir estas dos grandes formas de conocimiento posee el potencial de diferenciar a los arteterapeutas de los artistas bienintencionados y psicológicamente conscientes. Y de igual manera, este amalgama debería probar los instrumentos para diferenciar el arteterapia de otras disciplinas de atención a la salud mental. (*Ibíd.* 102-103)

Lo que diferencia el arteterapia de otras intervenciones clínicas es en primer término lo que hacen los y las arteterapeutas, tal y como la arteterapeuta Edith Kramer enunciaba cuando decía que:

Los y las arteterapeutas que son verdaderamente expertos en su campo pueden ofrecer algo que los psicoanalistas y otros especialistas de las “curas verbales” no pueden: la oportunidad de experimentar el tipo de funcionamiento que se da solo en el proceso de creación y beneficiarse del entendimiento que se obtiene a través de este tipo de experiencia y no otra. (Kramer, 2000, p. 34)

Para ello, y al igual que el resto de profesionales, necesitan tener la formación experiencia adecuadas para ofrecer una intervención psicológica ajustada a las necesidades de las personas, así como reconocer sus propias limitaciones. (*Ibíd.*, p.35)

En su libro *Art as therapy* (2000), Edith Kramer relata junto a Jill Schehrel el ejemplo de un método de sesión de evaluación desarrollado con niños y niñas de 4 a 15 años, que se inició en 1974 por la arteterapeuta con el apoyo de Jane Fields, con el apoyo del departamento de psiquiatría infantil del Albert Einstein Medical College, del distrito del Bronx, en New York. Dicha sesión de evaluación se desarrolla de manera individual con cada niño o niña, al que se proponen tres técnicas de trabajo, dibujo, pintura y modelado, con la intención de observar las producciones desde diferentes puntos de vista. Cada una de las técnicas favorece unas determinadas respuestas y conductas que proveen al arteterapeuta de valiosa información observacional y relacional. (*Ibíd.*, pp. 73-74)

En dicho libro, las autoras señalaban que el trabajo arteterapéutico con los niños y niñas se veía favorecido por una primera sesión de evaluación como la descrita y que las conclusiones de la misma resultaban complementarias a los hallazgos del equipo clínico multidisciplinar. De esta manera, se anima a los y las arteterapeutas a que trabajen en esta línea hasta desarrollar una base sólida que retroalimente el trabajo clínico en condiciones similares. Señalaban a su vez que aún a pesar de que las sesiones de observación individualizadas diferían mucho unas de otras, pudiéndose organizar la información en torno a áreas de funcionamiento infantil, hacia la sistematización del pensamiento y las observaciones.

Desde entonces, han pasado años y el procedimiento sigue en vigor. Entre los motivos que hayan podido favorecer dicha continuidad, siendo este (la continuidad) como estudiaremos más adelante, un elemento determinante para el mayor alcance de las intervenciones en arteterapia, las autoras señalan que “se observó que aunque los niños usan materiales artísticos en otros procedimientos diagnósticos, su producciones en arteterapia eran acometidas con mayor esfuerzo, eran más imaginativas y más complejas. Aunque naturalmente había excepciones”. (*Ibíd.*, p.77)

El ejemplo es pertinente en este apartado para desgranar el modo en que el arteterapia se articula en la interrelación clínica con otras disciplinas en las que el arte puede estar presente, pero no bajo los parámetros, objetivos, encuadre y

metodología propias y específicas de arteterapia que solo los y las arteterapeutas pueden poner en ejercicio. Dicho desentramado avoca a menudo a los y las profesionales arteterapeutas a una lucha constante por demostrar la valía de sus aportaciones frente a la mirada, a veces percibida como juiciosa e incluso prejuiciosa, que sobre ellos se observa aún en algunas instituciones. Dicho posicionamiento corre el riesgo de anclarles en la indefensión aprendida, restándole a la disciplina parte de su potencial inherente.

De nuevo, en palabras de la pionera Edith Kramer:

En esa urgencia de los arteterapeutas por mantenerse firmes en su campo y dejar algunos tipos de funciones terapéuticas a los otros, hemos estado asumiendo la deseable disposición de un equipo de salud mental que abarque una amplia gama de especialidades. De hecho, las circunstancias hacen que sea cual sea el profesional de la salud mental que esté disponible, se mantiene por detrás de aquellos para los que está mejor preparado. Los arteterapeutas que buscan su identidad fuera de las áreas en las que pueden verdaderamente distinguirse, se condenan a sí mismos a ser ciudadanos de segundo orden. (*Ibíd.*)

De forma clara, establece así algunas de las claves para el entendimiento interdisciplinar muy cercanas a la realidad de las experiencias de los y las arteterapeutas que pueden verse reflejadas en las conclusiones extraídas de las entrevistas realizadas para esta investigación. Kramer define así que:

En nuestro campo de competencia única apenas permitimos la entrada de intrusos. Sabemos por amargas experiencias que incluso los mejores psicoterapeutas pueden resultar desafortunadamente incapaces cuando tratan de usar los materiales artísticos en el marco del tratamiento, y que los terapeutas ocupacionales que atienden a pacientes con materiales artísticos son raramente capaces de conducir sesiones de arteterapia, aunque muy a pesar de los y las arteterapeutas esto ocurra con frecuencia. Los equipos de trabajo exitosos demandan entendimiento y respeto mutuo. Concluye así que homogeneizar las terapias no solo reducirá a todas ellas a la mediocridad sino que al final también limitará el abanico de

procedimientos disponibles de tal manera que la búsqueda del “tratamiento de elegir” desafortunadamente terminará por fracasar. (*Ibíd.*)

7.3.2 El proceso de vinculación entre los profesionales como eje de acción y cambio.

Para el alcance en la comprensión de la dimensión vincular entre los y las profesionales de una institución se debe observar el equipo interdisciplinar como grupo, y con ello como sistema. Tal y como enuncia la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, “en un sentido amplio, la Teoría General de Sistemas (TGS) se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias”. En ese sentido, y desde una perspectiva integradora como la que proponen los modelos de relación profesional entre especialistas, pautadas para la atención a los niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental, la teoría de sistemas permite la comprensión de las dinámicas de interrelación entre dichos profesionales como portadora de significados y parámetros convenientes, deseables, revisables, etc.

Lo significativo no reside solo en el establecimiento de esas relaciones sino en los conocimientos que emergen de dichos intercambios y cómo son aplicables al campo de desarrollo y conocimiento del que emergen, retroalimentando la práctica clínica. Entendido el equipo como grupo o conjunto, establece similitudes con el sistema familiar y:

En tanto que conjunto [...] es una totalidad, una Gestalt que aporta una realidad más allá de la suma de las individualidades, más allá de los miembros que componen la familia. Esta totalidad se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente. (Espinal, Gimeno, y González, 2004)

En general, las características aplicables a cualquier sistema son:

- La interrelación de sus componentes (relación entre las partes y el todo).

- Los sistemas están ordenados en una jerarquía.
- Las partes de un sistema no son iguales al todo.
- Los límites de los sistemas son artificiales.
- Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados – según la influencia con el ambiente.
- Cada sistema tiene entradas, procesos, salidas y ciclos de retroalimentación.
- Las fuerzas dentro de un sistema tienden a ser contrarias entre ellas (feedback) para mantener el equilibrio
- Entropía.

Algunas cualidades y actitudes son especialmente pertinentes para el buen funcionamiento del grupo/sistema como una actitud positiva y constructiva, la empatía, la integración, la equidad y la participación (Ballenato, 2005-2014, p. 14), valores que habrán de ser promovidos por cada uno de los y las profesionales que lo integran en un ejercicio de reconocimiento de sí mismos y de otro u otra. Si los profesionales conocen el potencial del grupo para el cambio en los casos de terapia de grupo, familiar y de pareja, así como en los procesos de cambio social y de aprendizaje, entenderán el enorme potencial de éste para el crecimiento y consolidación de las disciplinas y con ello, de los abordajes que desde ella se diseñan para las personas. (*Ibíd.*, p. 23)

Pero como arteterapeutas hemos de tener en cuenta como parte de este entramado y red, la dimensión vincular presente en las relaciones con los otros y otras profesionales que no debe ser minimizada. Rovere, médico pediatra, señala en la compilación de la psiquiatra Wolfberg sobre los escenarios actuales de prevención en salud mental que “sea cual fuere el origen de las trayectorias que nos conducen a redes, el enunciado fundamental sobre lo que estamos hablando nos lleva a enfatizar que estamos refiriéndonos a redes de personas” y enfatiza que son los vínculos entre las personas y la circulación entre estas lo que produce verdaderas transformaciones. (Rovere, M. en Wolfberg, E. p. 37). Postula en el capítulo una secuencia de niveles para plantearse metas de profundización en estos vínculos: reconocer, conocer, colaborar, cooperar y asociar(se).

Ahondando en la implicación de cada uno de ellos para el entramado y desarrollo vincular de un equipo, quedan planteados por Rovere de la siguiente manera:

- Reconocer que los otros existen: requiere y genera aceptación.

Y referencia la frecuencia con la que a menudo no se reconoce a los otros como pares o interlocutores, lo que puede bloquear de base la construcción vincular de un equipo.

- Conocer lo que el otro/a hace o es: requiere y genera interés.

Se señala la posibilidad de que nuevos otros relevantes pasen a ser parte de la subjetividad, complementando y ampliando las propias perspectivas de análisis.

- Colaborar, prestar ayuda esporádica: requiere y genera reciprocidad.

Con la necesidad de establecer acciones concretas para la profundización en la red vincular.

- Cooperar, compartir actividades o recursos: requiere y genera solidaridad.

Y de forma específica se señala que al compartir recursos o actividades se contribuye a lograr los objetivos de cada una de las personas con mayor eficacia, calidad y ahorro de recursos.

- Asociar(se) desarrollar proyectos comunes: requiere y genera confianza.

En lo que la confianza opera como prerrequisito y producto de la propia acción, permitiendo a los miembros del grupo imaginarse como parte de proyectos más complejos en los que por sí mismos y mismas no se habrían imaginado.

De la confianza se camina hacia la confidencialidad, un aspecto ético fundamental que en arteterapia incluye lo relativo a las producciones artísticas. En las entrevistas realizadas a los y las profesionales se ha preguntado en este aspecto tratando de profundizar en él como uno de los que hacen posible o no el trabajo integrado en un equipo interdisciplinar, dado que no en todas las ocasiones el arteterapia se aplica de forma aislada y:

Puesto que es muy probable que se ofrezca como parte de un servicio más amplio, una parte importante del trabajo de un arteterapeuta tiene que ver con actuar conjuntamente y compartir información con colegas: psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, etc. Allí donde el arteterapia está bien establecido existen normalmente procedimientos y protocolos acordados para el registro y la comunicación de información confidencial sobre los clientes. (BAAT, 2009 por Edwards, D. p. 82-83). Y añade que en aquellas situaciones en las que el arteterapia es relativamente nueva establecer y acceder a esta red de información puede resultar una tarea dura y frustrante. (Edwards, 2004-2014, p. 83)

Los aspectos relativos al intercambio de información tienen que ver con la revisión y seguimiento de los casos en las reuniones de trabajo y coordinación, la presentación de casos, la redacción de artículos y otros,

Que se concretan en la práctica en la redacción de notas clínicas, cartas e informes. Aunque no es siempre la parte más gratificante del trabajo de un arteterapeuta, estas tareas son esenciales si pretendemos que los colegas lleguen a una comprensión informada de lo que es el arteterapia para una contribución plena e influencia en las decisiones que se tomen sobre el cuidado y tratamiento ofrecido a los clientes con los que estamos trabajando. (*Ibíd.*)

7.3.3 De la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad: los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico.

Un equipo es una red de relaciones que se tejen de manera profesional y simbólica. Como tal, puede ser observado, puesto en evidencia en su hacer que se articula para esta investigación en torno a tres conceptos: multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, que conviene acotar, diferenciar y analizarla AEN Asociación Española de Neuropsiquiatría, señala entre sus rasgos identitarios la multidisciplinariedad. Al respecto señala que “es una asociación donde tienen cabida todos los profesionales implicados en una tarea colectiva como es la salud mental. La producción teórica y técnica de la Asociación se consigue gracias a la participación de psiquiatras, psicólogos, enfermeros,

trabajadores sociales y otros profesionales. Gracias a esta interdisciplinariedad el objeto científico de la AEN abarca campos tan diversos como la psicopatología, las intervenciones psicoterapéuticas, la rehabilitación psicosocial, la salud mental infanto-juvenil, el trabajo social, los cuidados de enfermería, la historia, la calidad de la asistencia, la epidemiología”. De base, coincide enormemente con el planteamiento del que surge la naturaleza de esta tesis. La multidisciplinariedad se constituye así como base, como punto de partida, pero se mantiene como eso, como hito de un proceso de convivencia disciplinaria que va más allá en el hacer de la práctica y que quizás pueda entender a partir de la siguiente definición. En ella la AMSM Asociación Madrileña de Salud Mental “concibe los problemas de salud mental desde un punto de vista holístico, como resultado de una interacción de factores psicológicos, sociales y biológicos”.

Si bien a priori parece evidente la necesidad del trabajo en equipo y pocas personas negarían su aparente utilidad, la capacidad para trabajar en equipo ha de trabajarse entre las competencias profesionales de los y las arteterapeutas. Desde el ámbito artístico tradicionalmente las prácticas han estado mayoritariamente relacionadas con el desarrollo individual de propuestas; desde el ámbito de la terapia y la psicoterapia, sin embargo, las prácticas resultan ambivalentes, Gran parte del ejercicio se realiza de forma individual, en gran medida vinculada a la práctica privada de muchos profesionales, considerándose la coordinación y el trabajo en equipo más habituales y pertinentes en el ámbito institucional público o concertado.

Para el planteamiento de esta investigación conviene revisar desde las bases formativas de los y las profesionales arteterapeutas su capacidad para gestionar la dificultad y el potencial que se derivan de la coordinación interdisciplinaria de los profesionales que conforman un equipo, considerándose una competencia transversal de carácter personal, en especial en el trabajo en un equipo de tales características. (Moreiro, J. A. en Ballenato, G. p. 10) capacitando así a los y las estudiantes (futuros profesionales) de unas determinadas “condiciones que exige la vida y, desde luego, el mercado laboral”. (Moreiro, J. A. en Ballenato, 2005-2014, p. 12)

Sin embargo, las dinámicas de funcionamiento organizativo de las instituciones dificultan el adecuado manejo y desarrollo de los equipos como grupos humanos, que son confrontados con sus propias dificultades cuando se ven frente al reto de integrar a los nuevos y nuevas profesionales. Algunas de las preguntas a las que los profesionales como parte de los grupos han de enfrentarse son formuladas por Guillermo Ballenato en los postulados del trabajo en equipo, tales como:

¿De qué variables depende el adecuado funcionamiento de los grupos humanos? ¿Por qué resulta a veces tan complejo trabajar en equipo? ¿Lo concebimos como una oportunidad de crecimiento personal o como una pérdida de tiempo? ¿Nos centramos más en lo que el grupo puede ofrecernos que en lo que nosotros podemos aportar? (Ballenato, 2005-2014, p. 13)

La posición adoptada en el presente trabajo coloca el trabajo en equipo como eje y motor de toda posible acción e intervención con las personas, concibiendo que:

El desarrollo del trabajo en equipo es un proceso en espiral, cuya eficacia se basa no solo en el potencial de las personas que lo integran, sino también en la contribución que realiza el propio grupo al desarrollo de sus miembros como individuos. (Ballenato, 2005-2014, p. 13)

Tal es la base de la interdisciplinariedad.

7.3.3.1 *Modos de convivencia disciplinar: multi – inter – transdisciplinariedad.*

Resulta llamativo no encontrar en el diccionario de la Real Academia de la Lengua la palabra multidisciplinariedad; sí encontramos, sin embargo, interdisciplinariedad: *cualidad de interdisciplinario*. Que nos remite a la búsqueda de esta última:

Interdisciplinario, ria. 1. adj. Dicho de un estudio o de otra actividad: Que se realiza con la cooperación de varias disciplinas.

En cuanto a la transdisciplinariedad aparece en las fuentes y estudios como vía evolutiva de la convergencia disciplinaria en la que el conocimiento deja de estar delimitado para regenerarse en el espacio potencial que surge de la convivencia de dos límites disciplinarios que se desdibujan:

La transdisciplinariedad sería un conocimiento superior emergente, fruto de un movimiento dialéctico de retro- y pro-alimentación del pensamiento, que nos permite cruzar los linderos de diferentes áreas del conocimiento disciplinar y crear imágenes de la realidad más completas, más integradas, y por consiguiente, también más verdaderas. (Martínez, 2007)

La seguridad y la fortaleza a la que aludíamos en el apartado anterior permitirá a los y las arteterapeutas mostrar con mayor claridad lo que pueden hacer y aportar en un espacio compartido de abordaje terapéutico donde los elementos conformadores aportan desde su perspectiva, teoría y referencias, una faceta del elemento a tratar, una parte o visión de él, que se complementa en cooperación e interrelación con las otras. En esta línea se habla de lo multidisciplinar.

Los objetivos han de ser comunes para los profesionales que trabajan conjuntamente y dictaminarse con claridad que éstos se marcan en función del/la paciente y en base a las potencialidades de la disciplina desde la que se va a abordar, siendo ello indispensable. La mayor franja potencial es aquella en que dos disciplinas confluyen, no para restarse, sino para darse impulso. Entra en juego ahora lo interdisciplinar, al espacio de interacción en que ambas aportan lo máximo para generar dinámicas de crecimiento y mejora en el tratamiento.

La diferencia entre multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, sin ser excluyentes, ha de hacerse notar, la primera como una disposición de las disciplinas o profesiones existentes en el ámbito clínico, como veremos en unas líneas, recogidas en la legislación pertinente; la segunda como una forma específica de paso a la acción a partir de ellas. Tal como lo explica Raquel García, profesional de la salud mental comunitaria:

La multidisciplinariedad en salud mental hace referencia a una problemática que afecta a diferentes disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la política sanitaria, etc., y como tal ha de ser abordada. Necesita por tanto que los distintos profesionales reflejen los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. (García, 2004)

Aunque la teoría así planteada parece clara, en la práctica real la integración de las nuevas disciplinas terapéuticas, los profesionales se encuentra con resistencias. A día de hoy no hay pronunciamientos que se opongan a la interdisciplinariedad, sino todo lo contrario. A nivel institucional se encuentra que la atención a los y las pacientes está constituida por equipos interdisciplinares que proporcionan una atención integral al/la paciente con sus consecuentes beneficios; sin embargo, es innegable que existen como en toda dinámica grupal dificultades y discrepancias que pueden dificultar el desarrollo epistemológico y metodológico de este planteamiento.

En el ámbito clínico institucional se añaden además otros elementos característicos de su trayectoria y configuración interna, ligada al devenir de la psiquiatría, a la atención farmacológica del individuo, y a la separación del binomio psiquiatría-psicología, que dificultan la integración de las intervenciones terapéuticas de nueva generación como lo son en nuestro país las terapias artísticas, en las que el proceso se establece siempre desde la salud y el desarrollo de las capacidades, a través de la expresión creativa, la elaboración simbólica y la resignificación de las experiencias.

Sin embargo, la demanda de estas terapias es creciente y esto parece responder a la complejidad que afronta hoy en día la clínica como consecuencia de los factores de cambio derivados de la postmodernidad y la globalización. La problemática social actual enfrenta la clínica a un medio social cada vez más

individualizado y tecnológico, en el que las parcelas de lo íntimo y lo compartido se diluyen hasta llegar a una despersonalización que deja al individuo sin recursos psíquicos y emocionales para la gestión de la propia vida. La aceleración de los cambios de esta época requiere de los individuos una enorme flexibilidad y capacidad de adaptación que contrasta con el modelo anterior de vida, en el que primaban la estabilidad y los proyectos de vida a largo plazo. Esto avoca a muchas personas, por incumplimiento de estos parámetros, al aislamiento personal y social, y al sufrimiento emocional y psíquico.

El ámbito de la salud mental deriva así en una suerte de “espacio de acogida” de ese malestar global que atañe a las personas, *de neurosis de pensamiento*, de falta de sentido, lo que a menudo esconde una muy baja autoestima, desmotivación y estrés emocional, consumo prolongado de sustancias, desatención a episodios traumáticos de la vida y falta de gestión del dolor emocional causado por las pérdidas, el maltrato, etc. Una falta de atención y cuidado personal que hace que males hasta ahora considerados *menores* degeneren en enfermedades crónicas que afectan a la globalidad de la persona y a todas las áreas de su vida interpersonal, por lo que precisan de una atención integral que cubra todas esas parcelas, poniéndolas en relación unas con otras, reconstruyendo los cauces naturales de flujo entre ellas, a través de los síntomas que en cada una de ellas podemos alcanzar a ver, en el caso del arteterapia a través de lo *puesto de sí* en la obra entre otro elementos definitorios.

La progresiva especialización en las patologías ha generado una mayor especialización en los y las profesiones de atención psico-bio-social, lo que justifica la demanda de atenciones diversas para problemáticas diferenciadas. Según Juan Antonio Vallejo:

Durante las últimas décadas venimos asistiendo a un progresivo proceso de especialización y sub-especialización en la mayoría de las profesiones que favorece la creación de equipos de trabajo configurados por expertos en facetas de una misma materia, para de este modo, lograr mejores resultados. Por otro lado, cuando se realiza el trabajo en equipo se reparte la responsabilidad entre sus miembros, que intervienen a la hora de tomar

decisiones comprometidas aportando diversos puntos de vista y evitando, en muchas ocasiones, la equivocación que puede provenir de un punto de vista sesgado del problema. (Vallejo 2006)

Para una atención integral del paciente se debe comprender de tal forma al ser humano. No podemos parcelarle ni dividirlo en compartimentos a los que aplicamos las que consideramos las mayores dosis de cura, cada uno y cada una desde el despacho propio de la propia disciplina. Lo interdisciplinario en los equipos de trabajo debería verse reflejado en todos los aspectos que afectan a la intervención profesional tanto desde la formación, hasta la coordinación del trabajo, la estructuración de los propios equipos y el protocolo de actuación e intervención de los mismos.

La comunicación y el intercambio deben regir la disposición al trabajo, para llegar a través de un diálogo abierto, plural, respetuoso con los principios de cada disciplina, y a su vez, siendo permeable a las aportaciones de las otras y de los y las profesionales con quienes se trabaja, para llegar así a la mayor comprensión (*nuevo saber*) y abordaje de la problemática presentada por cada paciente, fin último que se persigue.

Algunos de estos aspectos son puntos clave del modelo de atención propuesto para la Comunidad de Madrid en el Plan de Salud Mental; entre ellos: la concepción integral de la persona desde los aspectos psico-bio-sociales; el carácter global de la atención coordinando los diferentes recursos, la formación continuada de los y las profesionales y la investigación y el carácter interdisciplinar, promoviendo la creación de equipos multidisciplinares, con diferentes enfoques profesionales. Desde una perspectiva constructorista el desafío es desdibujar las fronteras de las disciplinas. Nuestro bienestar último recae en el intercambio, en el tipo de diálogo que permite la interacción de realidades múltiples. El no compartir comporta la ceguera para apreciar los valores y las posibilidades de las tradiciones alternativas. (Gergen y Gergen, 2011)

7.3.3.2 *Pautas para el trabajo interdisciplinar en arteterapia.*

Las entrevistas realizadas a los y las profesionales fueron diseñadas en función de una serie de ejes temáticos en torno a los que se articula la

investigación. Dichos ejes o focos temáticos han sido extraídos de las observaciones realizadas a lo largo de los años en los que la práctica y la investigación se entrelazaron, para dar forma a las tres etnografías a las que se refiere el marco empírico.

Las observaciones tuvieron que ver con la concepción de la terapia, de la psicoterapia y del arteterapia, por parte de los y las diferentes profesionales que conforman un equipo, junto con las percepciones y análisis de la investigadora, así como la percepción y entendimiento de la salud integral, de la salud mental y del objetivo que persigue la intervención terapéutica/psicoterapéutica/arteterapéutica con las personas, con especial atención a los niños, niñas y adolescentes.

Del devenir del propio proceso se trataron de observar qué elementos relativos a la relación y comunicación entre los y las profesionales eran susceptibles de una mejor valoración por parte de los pacientes/usuarios del arteterapia como disciplina terapéutica, y cuáles de esos aspectos mejoraban la planificación y diseño de objetivos terapéuticos específicos desde el arteterapia, acordes a los del resto de equipo. A su vez, se comenzó a asimilar paulatinamente que el ejercicio de revisión de los perfiles y puesta en común de la información relativa a la biografía, historia clínica, demanda o dificultad, y contexto socio-familiar de los y las menores, favorecía el entendimiento del trabajo a realizar con ellos y ellas, el ajuste de objetivos y la evaluación y revisión de la consecución de tales objetivos, siendo significativa “la descripción de la problemática y las razones para la derivación a arteterapia”(Edwards, D. p. 83). En el contexto marco de esta investigación, “la derivación a arteterapia de un cliente” (usuario, usuaria o paciente) “se toma tras una valoración del equipo multidisciplinar” (Edwards, D. p. 83), lo que hace que la intervención se ajuste específicamente a las necesidades y perfil de la persona, de forma específica desde cada disciplina.

Del otro lado de ese mismo continuo, la incorporación de los elementos y observaciones fundamentales derivados de las sesiones de arteterapia, eran integrados paulatinamente a la revisión e historia clínica de los pacientes, amplificando la mirada que de ellos se estructura desde las diferentes miradas

terapéuticas presentes en los equipos para la formulación de cada caso en el marco grupal, lo que:

Incluye la historia personal del paciente (su desarrollo psicológico, educación, salud empleo, etc.), el impacto de las relaciones pasadas, los eventos y experiencias a lo largo de la vida con el significado atribuido, así como las creencias sociales, culturales y religiosas que pueden haber conformado la percepción de sí mismos y del mundo. (Edwards, D. p. 85)

Y que en la práctica, se concreta en aquello que paciente y arteterapeuta son capaces de poner en la relación terapéutica.

Para la concreción de dichos elementos presentes en la concreción del trabajo interdisciplinar, resultó importante analizar y delimitar aspectos concretos relativos al encuadre arteterapéutico, la comunicación y confidencialidad en la relación del equipo y cómo esta es percibida como índice de cohesión y atención por los y las pacientes, o por el contrario puede ser valorada con un elemento amenazante si no se ajusta exactamente a los límites éticos que marca, y en concreto en arteterapia, cómo ha de ser tratada la información relativa a las producciones artísticas y a los procesos creativos de los que son fruto, tal y como se ha señalado en el epígrafe anterior.

Por último, se consideró importante analizar de qué manera todos estos aspectos son comunicados y reflexionados entre los y las profesionales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar, si lo son con la suficiente profundidad, y bajo qué métodos se llevan a cabo, siendo los habituales las reuniones para la valoración de los casos, la realización de informes sobre los y las pacientes, la revisión de los objetivos y su adecuación al proceso terapéutico.

Un aspecto que en esta investigación resulta significativo no es sin embargo percibido con igual valoración por todos los y las profesionales entrevistados. Se trata de la naturaleza de la vinculación entre los profesionales. En la inmensa mayoría se entiende que tiene más que ver con aspectos de mutua confianza y respeto por el saber de los otros y otras, estableciendo modelos organizativos

preferentemente mixtos u horizontales, destacando la labor de los y las coordinadores/as de equipo, por encima de un proceso de vinculación personal.

Pero desde esta investigación se sostiene que ambos aspectos han de ser equilibrados, incluso otorgándoles igual importancia, pues en las experiencias vinculadas al marco empírico de esta investigación, la vinculación de los y las profesionales, ha sido indicador de buen o mal pronóstico en cada caso.

Algunos de estos aspectos son trabajados en la supervisión de los equipos de trabajo, así como las relaciones presentes en ellos y ellas, pero no todos los equipos reciben esta mirada externa, como parte de la necesaria triangulación sobre el propio trabajo.

Los ejes temáticos quedaron formulados y presentados a los y las agentes informadores entrevistados de la siguiente manera:

- Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual).
- Concepción y mirada acerca de la salud mental de forma genérica, con especial énfasis en la salud mental infanto juvenil.
- Influencia del modelo institucional en el abordaje terapéutico por parte del equipo interdisciplinar.
- Papel del trabajo del equipo interdisciplinar en la mejora bio-psico-social de los pacientes. Metodología (reuniones, desarrollo de informes, etc.) de intervención interdisciplinar. Qué factores contribuyen a que sea más efectivo/favorable el tratamiento diseñado para cada paciente y grupo y cuáles no.
- Vinculación del equipo terapéutico: modelos de relación horizontal, jerárquica, mixta, etc.
- Fortalezas y debilidades de la propia disciplina en relación con las disciplinas presentes en el quipo terapéutico.
- Comunicación, confianza y confidencialidad.

- Importancia de la obra arteterapéutica y papel que juega en la triangulación (reuniones, desarrollo de informes, etc.) y en el proceso terapéutico integral.
- Encuadre (similitudes/diferencias) entre el arteterapia y el resto de disciplinas.
- Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.
- Tipo de triangulación en el equipo interdisciplinar y valoración/análisis de los datos.
- Conclusiones.

Tras el análisis de las respuestas, y por todo ello, cabe señalar algunos elementos considerados pautas del trabajo interdisciplinar:

- Comprensión del marco teórico y posicionamiento de los y las profesionales miembros del equipo.
- Comunicación profunda entre todos ellos y ellas.
- Diseño común de objetivos para el trabajo terapéutico, con concreción a partir de ese paraguas común para cada persona.
- Compromiso ético consensuado y compartido en los aspectos relativos a la confidencialidad.
- Incorporación de las reflexiones y valoraciones de cada espacio terapéutico a la historia clínica de los y las pacientes.
- Supervisión externa del equipo que asegura la fluidez y horizontalidad en las relaciones personales-profesionales dentro del equipo, como vía para la higiene emocional y psíquica del grupo y mayor alcance y consecución de los objetivos marcados.
- Establecimiento de protocolos claros para el trabajo interdisciplinar: calendario de reuniones periódicas con asistencia de todos/as los integrantes del equipo, previsión suficiente para las altas y bajas.
- Respeto y diferenciación de encuadre en cada disciplina.

7.4 Hacia una definición de la identidad del arteterapeuta en el ámbito de la salud mental infanto juvenil.

7.4.1 Perfil del arteterapeuta

Me resulta útil permitirme ser yo mismo en mis actitudes; conocer el límite de mi resistencia o mi tolerancia, saber cuándo deseo moldear a alguien o manejar a la gente, y aceptarlo como un hecho en mí mismo. Me gustaría poder aceptar estos sentimientos con la misma facilidad con que acepto los de interés, calidez, tolerancia, amabilidad y comprensión, que también constituyen una parte muy real de mí mismo. Solo cuando acepto todas estas actitudes como un hecho, como una parte de mí, mi relación con la otra persona llega a ser lo que es y puede crecer y cambiar más fácilmente. (Rogers, 1981, p. 34)

El perfil del arteterapeuta en la praxis clínica ha de tener en cuenta una serie de competencias clínicas, pero además, debe estar preparado para trabajar en un equipo clínico. La arteterapeuta Marina Ojeda señalaba en un seminario dado a los alumnos de formación de máster la idea de *la* “identidad como una necesidad vital, en el sentido de pertenencia de las multiplicidades del yo que se asientan en una identidad fragmentada” (Ojeda, 2012). La diferenciaba del autoconcepto que señalaba como un cajón rígido que se nutre de aquello con lo que me identifico, las devoluciones de los otros, y que de alguna manera configura la propia *narrativa de quiénes somos*.

Desde una consciencia más clara de la identidad personal es posible generar un encuentro para la relación arteterapéutica en la que el profesional se coloque desde un lugar presente, activo, que acoge al otro/otra, de igual manera que ha de colocarse en la relación arteterapéutica con los otros y otras profesionales, en la que difícilmente se puede eliminar la carga de aquello que se debe/quiere ser (introyectos), y la concepción personal sobre lo que se es. En esa relación, “reprimimos, alienamos, o proyectamos aspectos de nosotros mismos” presentes en la relación. (*Ibíd.*)

El proceso por el que el o la profesional atiende a eso que es, se da mayoritariamente en el trabajo terapéutico personal, que pasa por algunos aspectos esenciales, entre ellos, *decrecimiento, deconstrucción, desmontaje, cuestionamiento y limpieza*. Dicho proceso acerca a la persona (el y la arteterapeuta) hacia un conocimiento más rico de sí mismo o misma, la *conciencia de ser* señalada por Fritz Perls, sin poder evitar *la fantasía catastrófica de lo que puede pasar*. (Ibíd.)

A menudo, la ansiedad presente en el o la arteterapeuta puede bloquear los canales naturales para la escucha que como ser y como profesional posee y ha de entrenar, canales que han de permanecer activos en la relación arteterapéutica y en la relación profesional. La escucha debe autorregularse entre los aspectos de escucha interna y aquellos de escucha externa, que permite detectar entre muchos otros elementos, la coherencia o incoherencia del propio discurso y del discurso del otro presente en la relación vincular terapéutica.

De cara al trabajo interdisciplinar, la escucha de uno o una misma y del otro u otra se establece como prioritaria. Pero a veces se siente interrumpida o presenta dificultades. Señala Ofelia Herrendorf que:

[...] Es posible que la inquietud y el cuestionamiento constantes, nos lleven a pensar qué es ser "profesional" y cuál es la relación que existe entre el serlo y la propia identidad y cuál su vinculación con las instituciones a partir de la asunción de ese rol, pudiéndose llegar a inscribir o no, recién entonces, lo relativo a la Interdisciplina.

El arteterapia, por su falta de arraigo, por su juventud y falta de trayectoria, así como por las dificultades de inserción en la comunidad, muestra aún una carencia en la consolidación de su identidad. Sin embargo, los pasos dados y los resultados obtenidos, nos impulsan a trabajar en la reafirmación de esta identidad como una de las vías para el fortalecimiento de la disciplina sin olvidar que:

El arte terapia es similar a cualquier otra disciplina que conlleva muchos años de experiencia y de entrenamiento para aprender las facetas de la disciplina tan bien como cada uno encuentre la manera de trabajar

cómodamente. Como en todas las formas de terapia, la comprensión y la integración del conocimiento en arte terapia viene solamente con experiencia en el campo, así como la supervisión y la dirección de otros terapeutas experimentados en arte terapia. (Hills en Mateos, 2011, 224)

Las aparentes debilidades anteriormente citadas lo largo de esta investigación (la falta de un cuerpo teórico-metodológico sólido, la falta de reconocimiento efectivo por parte de los profesionales e instituciones, las limitaciones en las formaciones universitarias propias de su juventud, etc.) permean a su vez a los profesionales que la ejercen. Refería Mónica Cury en su conferencia “La Identidad fragmentada: Arteterapia, una vía para la integración”, que nos encontramos ante:

Una disciplina sujeta a los avances en el estado de los conocimientos y estándares científicos, una disciplina en permanente transformación y verificación, generadora de su propio cuerpo teórico-práctico. Una disciplina con identidad propia que si bien tiene elementos comunes con otras disciplinas también tiene características propias particulares que la constituyen a nivel metodológico en una disciplina independiente. (Cury, 2010, pendiente de publicación)

Se entiende sin embargo que la trayectoria del arteterapia no se aleja de la seguida por otras disciplinas altamente reconocidas, valoradas y constatadas. Pero no lograr ese reconocimiento profesional puede hacer a los profesionales limitar su trabajo como arteterapeutas y mermar su capacidad para revisarlo, mejorarlo y hacerlo más eficiente para el trabajo con las personas, fin último que le da sentido. En palabras de Ema Ponce de León, el arteterapeuta, como cualquier otro profesional:

Hoy se ve enfrentado, como toda disciplina en su madurez, a la necesidad de evolucionar en aquellas zonas donde sus límites se ponen de manifiesto. Límites impuestos por la complejidad de su objeto, por el propio paradigma del cual ha surgido, por los cambios en la sociedad y la cultura. Creemos que es en esas zonas-límite de cada disciplina (en el sentido de tope y de

frontera), donde se pueden producir nuevos fenómenos a partir de la interrelación e interpenetración de campos de experiencia y de conocimiento diferentes. Estos fenómenos nuevos tienen que ver con una nueva forma de accionar, de intervenir en el campo clínico, que a su vez va configurando nuevos modelos de pensamiento. Si bien las diferentes disciplinas, por ser contemporáneas, pueden participar de un mismo paradigma, siempre hay corrimientos originados en sus diferentes objetos y métodos, lo que hace a su heterogeneidad. La creación de un campo interdisciplinario no apunta a lograr una totalidad abarcativa sino a la emergencia de nuevos planos de conocimiento, partiendo de la diversidad. (Ponce, 2010, p. 3)

Algunos de los aspectos que otorgan identidad profesional ya han sido mencionados: el establecimiento de un código ético y deontológico que agrupe a todo el cuerpo profesional, la constitución de un marco legal y fiscal que ampare nuestra práctica, el impulso del crecimiento de la profesión en España atendiendo a la formación continua y la investigación entre sus miembros; elementos que estructuran una profesión, le otorgan entidad y le dan visibilidad no sólo de cara a los propios profesionales que la componen, sino ante aquellas instituciones y destinatarios potenciales que de ella han de servirse. Pero la puesta en juego y acción de los arteterapeutas en el marco de los equipos interdisciplinarios, pondrá a prueba la solidez y consistencia de las afirmaciones que hacemos en relación con la disciplina.

Ya en el DEA señalaba la investigadora que:

Ser arteterapeuta es en mi opinión, comprometerse con un proceso, acogido y aceptado por la persona que lo demanda, e implicarse en la relación transferencial que de él se deriva. Es tal la magnitud del contenido emocional y psíquico con el que se trabaja, que de no ser por el encuentro con el otro (la supervisión por parte de otros especialistas, deseable arteterapeutas, la propia terapia del terapeuta,...) correría el riesgo de bloquearse, de generar corrientes equívocas de transferencia y contra-transferencia. [...] Cuidar y respetar nuestra profesión puede ayudarnos a

desenvolvemos en ella en relación a las otras profesiones, que si igual son víctimas de deterioro y carencia, se mantienen arraigadas a la trayectoria que les precede, al paso del tiempo, a la edad y la experiencia, de la falta de la cual todavía nosotros y nosotras adolecemos.(Serrano, 2010, p. 14)

El y la arteterapeuta, para su trabajo en el ámbito clínico habrá por tanto de mantener una ajustada escucha, una atención plena, libre de juicio, que favorezca el acompañamiento de las personas, desde la no directividad del proceso, ni de las técnicas. Se hace necesario para ello una manera, un modo, una suerte de metodología diferenciada, que desde la perspectiva profesional de cada arteterapeuta, no puede construirse sino desde la honestidad de la duda y el crecimiento que conlleva el ejercicio clínico, conforme a unos parámetros éticos y teóricos fundamentados. Como arteterapeutas, conocer la propia manera de ser y de hacer, pensar sobre ella, reflexionarla y ponerla en acción, en juego, en la acción arteterapéutica, proporciona la honestidad necesaria para abordar un trabajo como el que la disciplina impone, que no se conforma con una propuesta o intención, sino que persigue un cambio y crecimiento en el otro, del que el otro ha de ser no solo partícipe, sino protagonista y responsable.

Desde ahí, desde la honestidad de una mirada desde uno mismo hacia sí mismo y hacia el otro, en encuentro con el otro, es desde donde se entiende que se puede abordar el trabajo arteterapéutico. Las maneras, vienen diferenciadas en términos metodológicos, de tal forma que parecen responder en mayor o menor medida, al conocimiento y asimilación a una escuela teórica u otra, la afiliación a ella, su aceptación y desarrollo, pero también su continuidad. Esto se entronca con la epistemología que la configura y que le da origen, entendiendo que la metodología propia del y la arteterapeuta se asentará en un conjunto de procedimientos articulados, sistematizados, organizados y revisados, que se enlazan con la posibilidad de mirar una circunstancia, un problema o un síntoma desde una determinada posición.

Es fundamental que los y las arteterapeutas logren teorizar sobre sí mismos y los otros, aunque cabría preguntarse ¿qué es teoría y qué es teorizar? ¿Qué relaciones jerárquicas establece y a qué principios da valor obedece, si es que lo

hace? Porque en ese sentido, el arteterapia parece sentirse aún novel como disciplina, lo que retiene a los y las profesionales en la inseguridad y el temor. Exponer una manera ante los otros invita a revisar esa manera, a reflexionarla y ajustarla a las necesidades de las personas con las que trabajamos, fortaleciendo con ello el posicionamiento terapéutico y potenciando y mejorando la intervención que se es capaz de realizar, desde la confianza en las propias capacidades y el conocimiento. Para ello:

Se requiere un continuo cuestionamiento del modo en que la práctica terapéutica se construye, sobre todo dada la vulnerabilidad histórica del grupo cliente ante fuerzas fuera de su influencia. Dada la profesionalización en aumento del arteterapia y la tendencia a la descentralización del cuidado, resulta importante seguir cuestionando los modos en que la práctica terapéutica puede ser a la vez responsable y crítica con los diferentes contextos teóricos y estructurales que operan en ella. (Lofts, 2002-03)

Un ejemplo interesante al respecto es señalado por la arteterapeuta Marina Ojeda cuando afirma:

En mi charla pude compartir una metodología de trabajo basada en los aspectos clave de la terapia Gestalt aplicados al Arteterapia, dando forma así a una disciplina amplia y rica que plantea el trabajo de desarrollo personal de una manera holística e integradora, donde el arte, el cuerpo y la palabra favorecen la expresión y la integración de los aspectos menos conocidos de nosotros mismos. (Ojeda, 2011)

El modelo que presenta el y la arteterapeuta es el de un ser humano integrado, que favorece una escucha completa tanto interna (de sí), como externa (del cliente), como de la zona intermedia (fantasías, juicios,...que se producen en el arteterapeuta); que acepta los condicionantes y limitaciones propias para poder aceptarlas en su cliente o paciente, reconociendo que sus valores y sentimientos pueden no ser coincidentes. Su presencia ha de ser total, plena, lo que significa ser consciente de su cuerpo, mente, emociones y espíritu, lo cual incluye haber reconocido y aceptado sus propias, dificultades, su “sombra”, sus aspectos más negados. Todo ello hace presente al o la arteterapeuta en la relación

arteterapéutica, y muestra parte del entendimiento tanto del trabajo terapéutico, como psicoterapéutico y arteterapéutico.

En ese marco, el marco clínico, la posición integradora cobra fuerza, entendida como aquella posición que genera el saber a partir del no posicionamiento rígido en una u otra posición, sino que se deja permear y permite transitar por los lugares por los que se hace necesario transitar, favoreciendo el entendimiento entre los conceptos y en ese sentido, la integración de las diferentes técnicas inherentes a las distintas corrientes de pensamiento y ejercicio desde la psicología y la psicoterapia, para fundamentar teóricamente el trabajo en la disciplina propia. Cabe, sin embargo, diferenciar integrador de ecléctico. El primero, persigue la síntesis teórica que favorezca un avance, lo que me parece la clave a ojos de esta investigadora. Esta síntesis se extrae a menudo de los elementos que de común pueden tener todas ellas. No es solo un abanico teórico integrado, es su potencial como espacio de comprensión integral, como vía de acercamiento al arteterapia incorporando lo que de positivo y eficaz pueden tener otras corrientes.

Los modelos sistémicos permiten trasladar la acción terapéutica fuera del ámbito de lo intrapsíquico e individual, para trasladarlo al ámbito de los patrones de interrelación, que se dan en un sistema, como complejo de elementos que interaccionan. El cambio en uno de los elementos presentes en el sistema, afectará al resto. Se desarrolla una repetición sucesiva de cambios. Los sistemas se autorregulan mediante parámetros de intercambio o retroalimentación (feedback). Es en el trabajo con familias donde tiene su máximo desarrollo.

Los terapeutas dan valor a las reglas que regulan la interacción (reconocidas, implícitas, secretas y metarreglas) y aborda: transacciones en su interior, estructura interna, subsistemas, las reglas en sistemas y subsistemas, modificaciones en la estructura de comunicación si se lleva todo esto a nuestro campo, se encuentra una metáfora conceptual entre los grupos de adolescentes y sus terapeutas dentro de una institución y los sistemas familiares. El grupo es un sistema dentro de otro sistema.

7.4.2 Fortalezas y debilidades

Para que el arteterapia se integre de forma efectiva y eficiente en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico, tal y como hasta aquí los hemos descrito, el posicionamiento del arteterapeuta tiene que estar claro tanto para sí mismo, como para el resto de miembros del equipo con quienes trabaja. Como señala Mercadal:

Es importante mencionar que si uno de los objetivos principales de la investigación en las artes terapias es que los resultados obtenidos tengan una repercusión directa y utilidad en la práctica clínica, es necesario trabajar “ese puente” y hacer las transferencias necesarias de los resultados científicos a aplicaciones concretas para la práctica clínica. (Mercadal, 2011, p. 101)

Entendemos por posicionamiento, aquel marco teórico-práctico referencial desde el que se posiciona como tal y que determinará su línea de abordaje terapéutico en relación con el paciente, la obra, el equipo y la institución. Posición desde un encuadre que de coherencia a la intervención en la búsqueda de la consecución de unos objetivos terapéuticos. Dicho posicionamiento redunda en el autoconcepto señalado en el apartado sobre el perfil del arteterapeuta, lo que no sólo permite la intervención en sí misma sino también el reconocimiento y la libertad en igualdad de condiciones con los otros miembros del equipo multidisciplinar.

Dicho posicionamiento no tiene por qué ser cerrado, sino permeable a la interacción con el resto de disciplinas, profesionales, y marco institucional en que se inscribe. Como hemos visto anteriormente es determinante avanzar en la integración del arteterapia ante la propia profesión y ante las demás, que nos permita el reconocimiento y libertad en igualdad de condiciones *para poder* “avanzar en la integración de los equipos, hemos de trabajar la identidad. Más allá de la percepción de los agentes implicados, es el cómo se posiciona el Arteterapeuta ante estos agentes, sin perder el punto de vista propio”. (Cury, 2010, pendiente de publicación)

A día de hoy, no ser reconocidos como profesionales sanitarios es percibido por los y las arteterapeutas como un elemento que está frenando el desarrollo profesional y el alcance del potencial terapéutico de la propia disciplina. Además, y como ya señalábamos al inicio de esta investigación, redundando en una mala posición personal y profesional, que conlleva precariedad y desgaste psíquico, sumado al que de por sí conlleva el trabajo asistencial y de atención a las personas (*burn out*).

La aparente dificultad *natural* del arteterapia como disciplina para definirse, es percibida como una debilidad frente al abanico de disciplinas con las que convive. Para una percepción efectiva por parte de los profesionales sobre el rigor de la intervención arteterapéutica, la necesidad de un posicionamiento se torna evidente. Quizás sea en parte un ejercicio de autoconvencimiento que permita la defensa de los conceptos e implicaciones concretas de la práctica arteterapéutica. Tal y como asegura De la Llera Suárez:

Las terapias artísticas son técnicas que deberían ser de amplio uso en nuestras comunidades por los profesionales sanitarios pues ellas permiten mejorar la salud y la calidad de vida de las personas satisfaciendo una necesidad vital de nuestras comunidades y de nuestro nivel de desarrollo del sistema nacional de salud: la participación. (De la Llera y Gilbert, 2000, en Mateos Hernández, 2011, p. 22)

Sin embargo, quizás es parte de nuestro trabajo matizar esa percepción técnica de la disciplina arteterapéutica, para hacer entender el proceso arteterapéutico en su conjunto, que implica técnicas artístico-plásticas, pero que no recae en ellas su fundamento para el cambio y la mejora personales, ni en el hecho por sí solo de la creación.

Es fortaleza propia de la disciplina entender el proceso creador como experiencia vital portadora de símbolos y significados personales, que solo la persona en el proceso puede descifrar. El y la arteterapeuta, alberga en su hacer personal y profesional una batería de herramientas inherentes al arte como proceso, y no como técnica o resultado, y de ellas ha de servirse en la intervención clínica. De la vivencia del proceso creador se derivan las más amplias

implicaciones arteterapéuticas, y su puesta en valor, constituye una fortaleza y un rasgo identitario de la disciplina que puede hacer ver la diferencia existente entre el arteterapia y otras disciplinas terapéuticas, e incluso, de diferentes modos de hacer en arteterapia por parte de los y las diferentes arteterapeutas profesionales.

Sin embargo, no puede limitarse a eso. Ha de perseguir mejorar los contenidos formativos en lo relativo a aspectos específicos, como lo es en el ámbito de la salud mental, lo relativo a la psicopatología como marco de entendimiento. A menudo, esta falla en el conocimiento profundo de la estructura psíquica por parte de los y las arteterapeutas, de las posibles respuestas y avatares de lo psíquico, es percibida por el resto de profesionales como una debilidad en la puesta en ejercicio y acción del arteterapia, que aleja a los profesionales de la realidad de la demanda del contexto. Conviene escuchar con atención esta valoración para extraer de ella las más interesantes conclusiones.

Pero más allá de esa falla, lo cierto es que los y las arteterapeutas refieren situaciones en las que sus aportaciones no son puestas en valor, o no desde el inicio, quedando a menudo encubiertas sus intervenciones bajo la creencia de ser actividades lúdico-creativas, que invitan a las personas *a pasar un buen rato*, con todo lo saludable que esto implica, pero que nada tiene que ver con el acontecer arteterapéutico. Dichas percepciones obligan a los y las a profesionales a ejercer de “comerciales” de lo suyo, teniendo que explicar una y otra vez, aquello que es arteterapia pero fundamentalmente lo que no es, con la dificultad añadida de que siempre es difícil explicar aquello que se entiende mejor de manera vivencial. Los y las arteterapeutas han de encontrar la manera de poder explicar y contar lo que hacen de manera más clara de lo que hasta ahora quizás se ha hecho, pues a menudo los profesionales piden poder entender qué es lo que se hace, de forma clara, concreta, posible.

Por tanto, no se puede decir exactamente si las debilidades detectadas son fruto de la inseguridad de los y las arteterapeutas, o de sus carencias formativas, o del hecho de que parte del trabajo que realizan se entienda como una duplicidad del propio de otras disciplinas cercanas, como suele ocurrir erróneamente por ejemplo, con la terapia ocupacional; o si son los profesionales con los que se

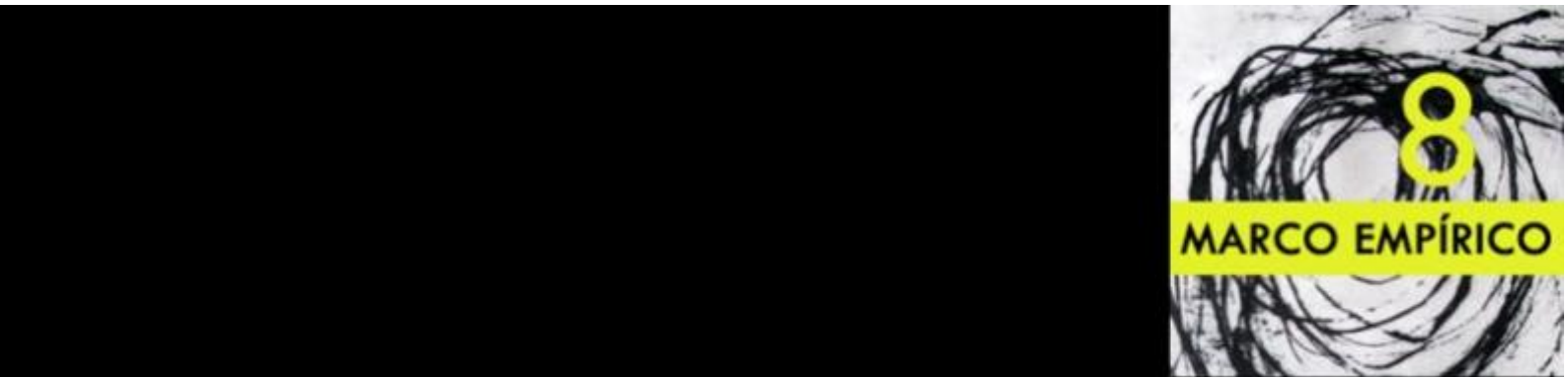
trabaja, los que no alcanzan a entender la complejidad del entramado disciplinar que alberga en sí el arteterapia, y por tanto, su potencial y sus necesidades específicas, que a menudo no son respetadas como parte del encuadre del propio trabajo arteterapéutico ni de su aportación al conjunto del abordaje con las personas. No se presente con ello el sometimiento a fuerzas de verdad absoluta ni la crítica de las actitudes propias o de los otros, si no que se toma por referencia la perspectiva construccionista desde la que se considera “la crítica como una invitación al diálogo y a una posible colaboración de la que puedan surgir nuevas formas de comprender las cosas, nuevas visiones, nuevas orientaciones”. (Gergen y Gergen, 2011)

En parte, ese sentimiento instalado de que los otros son quiénes no dan ese lugar que se entiende como propio, coloca a los y las arteterapeutas en una posición defensiva que difícilmente favorece el discurso reflexivo y dialéctico, fortaleciendo la propia narrativa de indefensión. En palabras de nuevo de los construccionistas se diría que “los discursos de poder prevalecen de manera casi imperceptible, condicionando nuestra interpretación del mundo y de la realidad, y de nuestro papel en ella. Dicha visión del mundo corre el riesgo de encarar a los otros como poderosos” (*Ibíd.*) limitando las posibilidades mutuas de interacción, interrelación subjetiva y mutuo aprendizaje, pues “unirnos en el diálogo cotidiano es intentar ser conscientes de sus limitaciones “para tratar de confrontarlas e ir más allá de ellas en la búsqueda de un espacio de crecimiento común.

Pero es inevitable apelar a la creatividad como una fuerza implícita en la identidad arteterapéutica que puede apoyar ese discurso en las instituciones que se ocupan de la salud, desde un enfoque nuevo, que permita una nueva respuesta a las nuevas realidades a las que se enfrenta. La clínica demanda de esta creatividad, o correrá el riesgo de mantenerse anclada, con los ojos entreabiertos, sin alcanzar a ver la claridad con la que es necesario mirar a las personas con las que se trabaja.

Los y las arteterapeutas llevan puestas unas gafas de ver, cuyos cristales no traducen de forma unidimensional la realidad del ser. Dicha forma de mirar amplía la visión de la realidad, ofreciendo a los otros y otras profesionales la oportunidad de conocer a las personas en su innata capacidad para crear, y por tanto, para

manifestarse en su complejidad. No significa por ello que quizás estos profesionales no intuyesen ya dichas formas subyacentes, pero a menudo, el acceso a ellas únicamente desde lo verbal, lo relacional, lo dialógico, no es posible. Desde este nuevo prisma, “la exploración de los límites nos conduce de manera natural a una opción final, que es la de crear conjuntamente formas nuevas y posiblemente más viables de comprender las cosas y de actuar”. (*Ibíd.*)



8. Marco empírico

8.1 Cartografía del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en España.

En el presente capítulo y tal y como se adelantaba en el apartado sobre metodología, se recogen testimonios de experiencias de diferentes arteterapeutas y otros profesionales, que desarrollan su trabajo en equipos interdisciplinarios, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, ofreciendo una cartografía de realidad, hilando con la *sub-hipótesis 3* de la investigación en la que se propone que “las valoraciones y testimonios de los profesionales son una **fuentes primaria** necesaria para la comprensión de los elementos y factores que definen dicho modelo de intervención desde el arteterapia integrada en los equipos interdisciplinarios en el marco de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil”.

Se trata de dar respuesta así a algunas de las preguntas que otorgan sentido a esta investigación y que se señalan a continuación:

- ¿Es la interdisciplinariedad la metodología adecuada para dicha integración, acorde a la naturaleza del arteterapia como disciplina?
- ¿Cuál es la realidad de la integración de los arteterapeutas profesionales en las instituciones o espacios de trabajo en la actualidad?
- ¿Sirve la observación y análisis de las experiencias clínicas de trabajo de los arteterapeutas en equipos interdisciplinarios para la mejor comprensión de dicha realidad de las que extraer un modelo de integración viable y eficaz?
- ¿Con qué dificultades se siguen encontrando los profesionales arteterapeutas frente a los demás profesionales en los dispositivos interdisciplinarios que puedan estar frenando este proceso?
- ¿Qué fortalezas y debilidades presenta el arteterapia y los arteterapeutas en relación con el resto de disciplinas que forman los equipos interdisciplinarios en salud mental en la actualidad?

La investigación se apoya en referencias y testimonios nacionales (y un testimonio internacional) que favorecen la diversificación comparativa de experiencias narradas por los y las agentes arteterapeutas y otros profesionales en ellas implicados, lo que ayuda a detectar fortalezas y debilidades en la disciplina en relación con otras de mayor trayectoria y desarrollo teórico-metodológico.

Los perfiles de los otros profesionales son: psicólogos y psicólogas clínicas, enfermeras y enfermeros clínicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y otros agentes. Algunos de ellos, miembros de los equipos específicos que trabajan en las etnografías presentadas en la investigación.

Se ha preservado el anonimato en cuanto a nombre y género, de los informadores/as clave, por una parte a petición de algunos de ellos, y por otra, para salvaguardar la validez de las conclusiones obtenidas. Es compromiso de la investigadora velar por ello y por la veracidad de los contenidos y apreciaciones obtenidos.

Las respuestas se han estructurado en torno a categorías y subcategorías/nodos de análisis, en relación con los ejes temáticos de la investigación, y han sido entrelazadas narrativamente por la investigadora para abordar de forma lo más completa posible las temáticas.

Para su análisis a través del software NVivo se han seguido los siguientes pasos:

- Diseño, redacción y validación de las entrevistas con la Directora de la investigación.
- Envío de las entrevistas vía e-mail.
- Recolección de las respuestas y clasificación de forma anónima entre aquellas de los/as arteterapeutas y las del resto de profesionales.
- Grabación de la entrevista grupal.
- Transcripción de la entrevista grupal.
- Diseño del árbol de nodos o indicadores (categorías/subcategorías).
- Análisis de las respuestas en función de los nodos/indicadores (categorías/subcategorías).

- Análisis narrativo de las mismas para la redacción de los capítulos correspondientes.

La siguiente tabla muestra la estructura de nodos o categorías/subcategorías, en relación con las preguntas que los abordan y los ejes temáticos de la investigación que les da sentido:

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
Análisis de datos Triangulación	- ¿Qué métodos son los más favorables de los empleados para el desarrollo de la triangulación, y la revisión y análisis de los datos dentro del equipo terapéutico? - ¿Qué valor tiene la triangulación para el avance y desarrollo del proceso terapéutico? - ¿Prevalece en la triangulación, algún tipo de paradigma ajeno al arteterapia?	Tipo de triangulación en el equipo interdisciplinar y valoración/análisis de los datos.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
Arteterapia como disciplina Aportación del arteterapia Arteterapeuta Encuadre Identidad Fortalezas Debilidades	Aportación del arteterapia: - ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene? - ¿Qué puntos de encuentro o disonancias, similitudes o diferencias, puede encontrar en cuanto a la posición y mirada terapéuticas desde su disciplina en comparación con otros profesionales con	Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual). Fortalezas y debilidades de la propia disciplina en relación con las disciplinas presentes en el quipo terapéutico. Importancia de la obra arteterapéutica y papel que juega en la triangulación (reuniones, desarrollo de informes, etc.) y en el proceso terapéutico integral.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
Obra	<p>los que trabaja o colabora?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según su propia experiencia, ¿cómo diría que es considerada la salud mental desde el arteterapia? - ¿Hasta qué punto esos resultados han llegado a ser determinantes/insignificantes? - Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller? - ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros talleres/terapias? - ¿Cuáles considera que son las fortalezas y debilidades de su propia disciplina en relación con el resto de disciplinas presentes en el quipo terapéutico? <p>Arteterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por todo lo mencionado hasta ahora, ¿cuál es su percepción sobre la aportación del arteterapia como disciplina integrada en el equipo terapéutico y el/la arteterapeuta profesional como profesional integrado en 	<p>Encuadre (similitudes/diferencias) entre el arteterapia y el resto de disciplinas.</p> <p>Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.</p>

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>él?</p> <p>Encuadre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Hasta qué punto este modelo dominante afecta a su encuadre interno de trabajo en arteterapia? ¿Favorece, perturba, es indiferente? - ¿Cuáles son a su juicio las similitudes y diferencias en el encuadre entre el arteterapia y el resto de disciplinas con las que convive en el equipo en el que se integra? - ¿Cuáles de ellas son valoradas como elementos favorables para la mejora y el cambio terapéutico personal? <p>Identidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene? - ¿Qué puntos de encuentro o disonancias, similitudes o diferencias, puede encontrar en cuanto a la posición y mirada terapéuticas desde su disciplina en 	

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>comparación con otros profesionales con los que trabaja o colabora?</p> <p>- ¿Cuáles son a su juicio las similitudes y diferencias en el encuadre entre el arteterapia y el resto de disciplinas con las que convive en el equipo en el que se integra?</p> <p>Fortalezas:</p> <p>- ¿Cuáles considera que son las fortalezas y debilidades de su propia disciplina en relación con el resto de disciplinas presentes en el quipo terapéutico?</p> <p>Debilidades:</p> <p>- ¿Cuáles considera que son las fortalezas y debilidades de su propia disciplina en relación con el resto de disciplinas presentes en el quipo terapéutico?</p> <p>Obra:</p> <p>- En relación con los aspectos mencionados, ¿cómo ha de manejarse en su opinión la información relativa a la obra en el</p>	

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	intercambio entre los profesionales para el trabajo del equipo? -¿Cuáles son los límites entre los tres aspectos que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para el desarrollo y evolución del abordaje en salud mental?	
ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
Equipo Comunicación, confianza y confidencialidad Informes Integración Interdisciplinar Objetivos Reuniones Vínculo	Equipo: - Haciendo una mirada retrospectiva a su trayectoria profesional, ¿en qué manera ha podido variar o evolucionar esta concepción en el encuentro con otros profesionales de la misma o diferente disciplina? - ¿Qué puntos de encuentro o disonancias, similitudes o diferencias, puede encontrar en cuanto a la posición y mirada terapéuticas desde su disciplina en comparación con otros profesionales con los que trabaja o colabora? - ¿Cómo entiende la interdisciplinariedad en el trabajo de un equipo terapéutico?	Papel del trabajo del equipo interdisciplinar en la mejora bio-psico-social de los pacientes. Metodología (reuniones, desarrollo de informes, etc.) de intervención interdisciplinar. Qué factores contribuyen a que sea más efectivo/favorable el tratamiento diseñado para cada paciente y grupo y cuáles no. Vinculación del equipo terapéutico: modelos de relación horizontal, jerárquica, mixta, etc. Comunicación, confianza y confidencialidad.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<ul style="list-style-type: none"> - En función de su experiencia, ¿qué aspectos metodológicos considera fundamentales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar? - De los factores o elementos que influyen positivamente en la evolución de un tratamiento integral diseñado para cada paciente o grupo, ¿cuáles de ellos tienen que ver con la interdisciplinariedad bajo su punto de vista? - Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller? ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros talleres/terapias? - ¿Existe una comunicación profunda entre profesionales sobre los aspectos citados? Si no, ¿a qué puede deberse? - Si afirmamos que entre los profesionales de un equipo ha de darse un proceso de vinculación satisfactorio, ¿a qué considera basándose en su experiencia que se hace referencia? ¿Se trata de una mutua confianza en el saber profesional? ¿En la 	<p>Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.</p>

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>relación personal?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué modelos de relación entre los profesionales (horizontal, jerárquica, mixta, etc.) están presentes en su equipo de trabajo y en qué medida estos favorecen o entorpecen el trabajo terapéutico? - ¿Debe usted adaptarse al conjunto? - ¿Qué parte del trabajo interdisciplinar tiene que ver con la propia revisión de los roles y posiciones dentro del equipo como grupo o sistema? - ¿Qué aspectos sobre la comunicación, la confianza y la confidencialidad han de ser tenidos en cuenta para el trabajo interdisciplinar con el equipo terapéutico? - Por todo lo mencionado hasta ahora, ¿cuál es su percepción sobre la aportación del arteterapia como disciplina integrada en el equipo terapéutico y el/la arteterapeuta profesional como profesional integrado en él? <p>Comunicación, confianza y confidencialidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados del taller de arteterapia, ¿se incorporan a las reflexiones generales 	

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>del tratamiento con la/el paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe una comunicación profunda entre profesionales sobre los aspectos citados? Si no, ¿a qué puede deberse? - Si afirmamos que entre los profesionales de un equipo ha de darse un proceso de vinculación satisfactorio, ¿a qué considera basándose en su experiencia que se hace referencia? ¿Se trata de una mutua confianza en el saber profesional? ¿En la relación personal? - ¿Qué aspectos sobre la comunicación, la confianza y la confidencialidad han de ser tenidos en cuenta para el trabajo interdisciplinar con el equipo terapéutico? - En relación con los aspectos mencionados, ¿cómo ha de manejarse en su opinión la información relativa a la obra en el intercambio entre los profesionales para el trabajo del equipo? - ¿Cuáles son los límites entre los tres aspectos que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para el desarrollo y evolución del abordaje en salud mental? <p>Informes:</p>	

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>- Los resultados del taller de arteterapia, ¿se incorporan a las reflexiones generales del tratamiento con la/el paciente?</p> <p>Integración:</p> <p>- En relación con la convivencia de varios modelos de los anteriormente citados y desde el prisma de su disciplina, ¿qué ventajas o desventajas cree que ofrecen en el ámbito de la salud mental?</p> <p>- ¿Debe usted adaptarse al conjunto?</p> <p>- ¿Qué parte del trabajo interdisciplinar tiene que ver con la propia revisión de los roles y posiciones dentro del equipo como grupo o sistema?</p> <p>- Por todo lo mencionado hasta ahora, ¿cuál es su percepción sobre la aportación del arteterapia como disciplina integrada en el equipo terapéutico y el/la arteterapeuta profesional como profesional integrado en él?</p> <p>Interdisciplinar:</p> <p>- Haciendo una mirada retrospectiva a su trayectoria profesional, ¿en qué manera ha</p>	

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>podido variar o evolucionar esta concepción en el encuentro con otros profesionales de la misma o diferente disciplina?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué puntos de encuentro o disonancias, similitudes o diferencias, puede encontrar en cuanto a la posición y mirada terapéuticas desde su disciplina en comparación con otros profesionales con los que trabaja o colabora? - En relación con la convivencia de varios modelos de los anteriormente citados y desde el prisma de su disciplina, ¿qué ventajas o desventajas cree que ofrecen en el ámbito de la salud mental? - ¿Cómo entiende la interdisciplinariedad en el trabajo de un equipo terapéutico? - En función de su experiencia, ¿qué aspectos metodológicos considera fundamentales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar? - De los factores o elementos que influyen positivamente en la evolución de un tratamiento integral diseñado para cada paciente o grupo, ¿cuáles de ellos tienen que ver con la interdisciplinariedad bajo su punto de vista? 	

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>- Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller? ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros talleres/terapias?</p> <p>- ¿Cuáles considera que son las fortalezas y debilidades de su propia disciplina en relación con el resto de disciplinas presentes en el quipo terapéutico?</p> <p>- ¿Qué aspectos sobre la comunicación, la confianza y la confidencialidad han de ser tenidos en cuenta para el trabajo interdisciplinar con el equipo terapéutico?</p> <p>Objetivos:</p> <p>- Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller?</p> <p>- ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros talleres/terapias?</p>	

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>- ¿Cómo se organizan los objetivos generales del tratamiento con el/la paciente?</p> <p>Reuniones:</p> <p>- ¿Cómo se organizan los objetivos generales del tratamiento con el/la paciente?</p> <p>Vínculo:</p> <p>- Si afirmamos que entre los profesionales de un equipo ha de darse un proceso de vinculación satisfactorio, ¿a qué considera basándose en su experiencia que se hace referencia? ¿Se trata de una mutua confianza en el saber profesional? ¿En la relación personal?</p>	

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
<p>Marco teórico-conceptual</p> <p>Intervención</p> <p>Metodología</p> <p>Modelo</p>	<p>Marco teórico-conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene? - ¿Cómo entiende la salud mental en el abordaje terapéutico desde su disciplina? <p>Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Considera esas similitudes o diferencias más como una dificultad o un beneficio a la hora de diseñar, planificar o desarrollar su intervención y por qué? - ¿Qué criterios para la evaluación, entendimiento y análisis de las patologías con las que trabaja suele emplear como marco para el diseño de su intervención? - Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller? ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros 	<p>Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual).</p>

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>talleres/terapias?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se organizan los objetivos generales del tratamiento con el/la paciente? - ¿Y la metodología de intervención? <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de su experiencia, ¿qué aspectos metodológicos considera fundamentales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar? - Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller? ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros talleres/terapias? - ¿Y la metodología de intervención? <p>Modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿En qué medida entiende que su mirada se acerca o se aleja de los modelos y pautas generales para dicha intervención en la 	

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
	<p>institución en la que trabaja o en las instituciones españolas en general?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué criterios para la evaluación, entendimiento y análisis de las patologías con las que trabaja suele emplear como marco para el diseño de su intervención? - ¿En qué grado la existencia de un modelo dominante en la institución en la que trabaja (biologicista, dinámico, cognitivo-conductual, sistémico, etc.) puede influir sobre el desarrollo de los tratamientos y la mejora bio-psico-social de los pacientes? - En relación con la convivencia de varios modelos de los anteriormente citados y desde el prisma de su disciplina, ¿qué ventajas o desventajas cree que ofrecen en el ámbito de la salud mental? - ¿Hasta qué punto este modelo dominante afecta a su encuadre interno de trabajo en arteterapia? ¿Favorece, perturba, es indiferente? 	

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
<p>Salud mental</p> <p>Salud mental infanto juvenil</p> <p>Terapia</p>	<p>Salud mental infanto juvenil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo entiende la salud mental en el abordaje terapéutico desde su disciplina? - ¿Qué criterios para la evaluación, entendimiento y análisis de las patologías con las que trabaja suele emplear como marco para el diseño de su intervención? - Según su propia experiencia, ¿cómo diría que es considerada la salud mental desde el arteterapia? <p>Terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene? 	<p>Concepción y mirada acerca de la salud mental de forma genérica, con especial énfasis en la salud mental infanto juvenil.</p>

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS/NODOS DE ANÁLISIS (Orden alfabético)	PREGUNTAS VINCULADAS A CADA CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA/NODO DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON LOS QUE SE RELACIONAN
Conclusiones	- Tras la realización de la entrevista, ¿a qué reflexiones o conclusiones ha podido llegar en relación con el objetivo de la misma?	Conclusiones.

Figura 8-1. Serrano, A. (2015) Tabla de nodos o categorías/subcategorías, en relación con las preguntas que los abordan y los ejes temáticos de la investigación que les da sentido.

8.1.1 Entrevista a arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinares.

Se incluye en este apartado el análisis de las respuestas a las entrevistas realizadas a arteterapeutas en ejercicio que han brindado generosamente sus valoraciones, apreciaciones y experiencias.

El objetivo de las mismas fue constatar y visibilizar la realidad del nivel de integración de dichos profesionales en sus centros de trabajo, así como la percepción que estos tienen de esta situación. Se persigue también concretar aspectos sobre la metodología de trabajo interdisciplinar relacionados con la estructura, roles y dinámicas de los equipos, el marco teórico referencial que manejan, el intercambio de información, la confianza y la confidencialidad, la supervisión del trabajo del propio equipo humano, el nivel de integración de las valoraciones detectadas en arteterapia, su incorporación a las historias clínicas y el manejo de la información relativa a las producciones en ese proceso, entre otros.

Estas respuestas han ayudado a configurar la que se ha llamado en la investigación *Cartografía del arteterapia en los equipos interdisciplinares en España* y constituyen la base para las conclusiones posteriores, relacionadas con los parámetros para el trabajo en los equipos.

Se han obtenido y analizado un total de 24 respuestas empleando el programa NVivo; 6 de las respuestas han sido consideradas dobles por ofrecer valoraciones desde dos espacios de trabajo diferenciados en un mismo documento. Esto repercute en un total de 30 respuestas.

Se ha mantenido el anonimato de los informantes a petición de una parte de estos/as lo que ha llevado a la investigadora a mantenerlo para todos/as. Las respuestas han sido en su mayoría tomadas textualmente y entrecomilladas pero no se ha considerado oportuno referenciarlas según normas APA al considerarse fuentes vivas no publicadas.

Diferenciando estas por ámbitos se encuentran 16 del ámbito clínico-salud mental (4 de ellos en el ámbito infanto juvenil), 1 del ámbito clínico-hospitalario, 5 del ámbito educativo, 3 del ámbito específico de drogodependencias, 3 del ámbito

social y 1 del ámbito específico penitenciario. En la siguiente tabla se reflejan dichos resultados:

Ámbito	Respuestas
Clínico – salud mental	17
Clínico - hospitalario	1
Educativo	5
Drogodependencias	3
Social	3
Penitenciario	1
Total	30

Figura 8-2. Serrano, A. (2015) Distribución de las respuestas a las entrevistas por ámbitos.

Para el análisis cualitativo de los mismos es importante destacar que al menos 11 de los y las arteterapeutas entrevistados, compatibilizan dos roles diferenciados dentro del mismo equipo e institución en la que se integran. De esta manera su trabajo se ve favorecido/dificultado por esa identidad profesional dual. Se reflejan los resultados en la siguiente tabla:

Perfil	Respuestas
Arteterapeuta – Psicólogo/a	4
Arteterapeuta – Psiquiatra	1
Arteterapeuta – Educador/a	1
Arteterapeuta – Docente	1
Arteterapeuta – Terapeuta Ocupacional	3
Arteterapeuta – Psicopedagogo/a	1
Total	11

Figura 8-3. Serrano, A. (2015) Arteterapeutas con perfiles/roles duales en las instituciones.

Como ya se ha adelantado, el análisis de los datos de las entrevistas se ha realizado de manera conjunta y estructurados por temas, de los que se han extraído los nodos de codificación y en función de los cuales, posteriormente, se ha recuperado la versión narrativa de las respuestas entrelazadas.

Los nodos a los que se hace mención y que se establecieron para la codificación de los datos en relación con los cuáles se ha ido organizando la información, han sido agrupados por focos de interrelación temática y a su vez, ordenados alfabéticamente. La estructura en árbol queda establecida de la siguiente manera:

- Salud mental
 - Salud mental infanto juvenil
 - Terapia
- Equipo
 - Comunicación, confianza y confidencialidad
 - Informes
 - Integración
 - Interdisciplinar
 - Objetivos
 - Reuniones
 - Vínculo
- Análisis de datos
 - Triangulación
- Marco teórico-conceptual
 - Intervención
 - Metodología
 - Modelo
- Arteterapia como disciplina
 - Aportación del arteterapia
 - Arteterapeuta
 - Encuadre
 - Identidad
 - Debilidades

➤ **Análisis cualitativo de las respuestas**

Se parte del análisis de las respuestas obtenidas relacionadas con la concepción de la **salud mental**, y con ello, de la salud y el acercamiento a las personas que los arteterapeutas pueden sostener. A ello se refiere un/a de los entrevistados/as como “uno de los pilares fundamentales de estudio y campo de intervención donde más investigaciones y reflexiones se han hecho sobre el trabajo arteterapéutico” en el que hay aún un gran desconocimiento”.

Otro/a arteterapeuta señala que entiende “la posibilidad de salud mental a que una persona se ponga en contacto con sus aspectos creativos. Es cuando ese sujeto puede contar con imágenes algo de su vida, traer sus afectos, encontrarse con los otros compartiendo el espacio, los materiales, el tiempo, al arteterapeuta. Creando salud. Sin cura, con salud”. Y en ese sentido del arteterapia como espacio de promoción de salud, como un espacio donde los aspectos sanos se ponen en movimiento lo que especialmente significativo cuando “un ser humano no puede transitar por el sufrimiento y desarrolla una serie de sintomatología que a menudo puede hacerle perder un cierto sentido de la realidad”.

Otra de las respuestas sin embargo alude a lo paradójico de que se entienda la salud mental como referida a “la asistencia a personas con algún tipo de trastorno o que están pasando por algún momento difícil en su vida y necesita un tratamiento”. Y sentencia “desde el arteterapia la salud mental se trata desde el aspecto sano del paciente, el yo creativo y creador que cada persona tiene dentro”. Esta posición es reforzada por entenderla como un “proceso dinámico en el que se aborda el caso no desde las etiquetas diagnósticas sino con lo que le pasa al paciente”. Se refuerza con un testimonio más “a nivel de intervención, la salud mental desde el arteterapia se aborda desde el concepto individual de persona, su potencial y características, y no de la patología”. Es sin duda, un elemento diferenciador que puede abrir vías para la intervención que son más valoradas cuanto más complejo es el caso. En palabras de otro/a arteterapeuta “me interesan las personas más que los diagnósticos y es hacia ellas donde dirijo mi trabajo, por descontado teniendo en cuenta sus dificultades y intentando no violentar sus

síntomas en el sentido que propugna el arteterapia”, y sin dejarse llevar por los estigmas asociados a la salud mental y rescatando a la persona.

Pareciera, por comparación de ambas posiciones que es precisamente la posición del arteterapeuta lo que cabría marcar la diferencia y en ese sentido reflexiona una/o de los informantes sobre “disonancias muy llamativas” encontradas en su práctica reciente y que tienen que ver con la posición de algunos profesionales de otros campos (educación o psicología) que parecen centrar su trabajo a partir de las “incapacidades, en las “limitaciones, diagnósticos y trastornos hasta tal punto que sus capacidades y su potencial sanador queda aun más mermado de lo que pudiera estarlo”. Y lo que resulta más interesante para el análisis, que se refiere a ese aspecto como aquel “en el que el encuentro se dificulta y el trabajo en equipo no es tan efectivo como pudiera serlo”.

Es por ello por lo que se refiere a la salud mental “como una posibilidad de expresión y creación, nunca como una limitación”. Y concuerda así con otro de los testimonios recogidos que se refiere a ella como “el equilibrio que encuentran las personas para estar en la vida de manera autónoma y con una percepción de sí mismos como personas que desean la felicidad”. Y a su ausencia, como “una consecuencia de la inhibición y captura del potencial creador debido a motivos personales y familiares que han llevado a la persona a una situación de disociación que no le permite conectar con su deseo de vida”. Algún/a arteterapeuta afirma incluso no tener interés por los informes de los pacientes antes de ingresar en la Comunidad.

Otro/a arteterapeuta afirma no contar con toda la información clínica de los pacientes, e incluso el conocimiento sobre las patologías, pero concluye que “en el caso de contar con ellas tampoco es la patología lo que marca la totalidad de la intervención ya que trabajo con grupo. Es un cumulo de diferentes aspectos lo que marcas el diseño de la intervención y con él su análisis y evaluación”. Sobre el uso de test específicos, estos son incorporados por aquellos/as arteterapeutas que son también terapeutas ocupacionales, psicólogos/as o psiquiatras.

Yendo un poco más allá para ahondar en el tránsito entre ambas, otra respuesta, una de las más ricas alude a la salud mental “como un ámbito de la vida de cualquier persona, en el cual inciden innumerables y complejos factores, tanto internos como externos”. En dicha respuesta el autor/a hace un ejercicio de posicionamiento profesional al declarar que “como profesional, busco que los pacientes tengan la capacidad de hacer frente a la vida y a sus desafíos y dificultades desde la vivencia de al menos unos mínimos niveles de equilibrio y salud, teniendo en cuenta que el abanico de matices en los polos salud-enfermedad es muy amplio”. Y concluye que “en el abordaje terapéutico constantemente se hace frente a aspectos de salud y de enfermedad en las personas con las que se trabaja”.

Otra respuesta se refiere a la salud mental como colectivo y de forma específica se refiere al arteterapia como vía de intervención que “facilita nuevas formas de expresión y comunicación, que pueden aportar a la persona nuevas vías de contacto con la realidad”. Así una respuesta señala que “la salud mental en el abordaje arteterapéutico, la concibo como un gran desafío”. Como tal el/la arteterapeuta señala la necesidad de dedicación, de paciencia, de inteligencia emocional, de contante retroalimentación y de modificación de las intervenciones en función de la realidad. La pasión es la última característica a la que se refiere.

Refiriéndose al colectivo profesional un/a de los/as profesionales indica su creencia de que “los arteterapeutas tenemos una concepción de la persona más saludable que otros profesionales (médicos, psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas...) porque estos siempre deben centrar los diagnósticos en síntomas y problemas que le dificultan la vida al sujeto, mientras que en arteterapia cada persona muestra nuevas capacidades y recursos creativos día a día”. Si bien al respecto señala otro/a informante que “los síntomas de la enfermedad afectan a la salud mental de la persona” y se refiere a la medicación y sus efectos como una parte a considerar como parte de la intervención global.

En el caso de un perfil dual psiquiatra/arteterapeuta, la respuesta habla de “un abordaje integral (aspectos médicos, psicológicos y socio-familiares) con mayor incidencia en uno u otro tipo de intervención en función del momento del

paciente”, atendiendo para ello a “criterios clínicos (médico-psicológicos), sistémicos (familia/grupo), funcionales y sociales”. De forma general queda claro que el abordaje terapéutico tiene como fin aliviar el sufrimiento psíquico de las personas y añade un/a de los profesionales que el abordaje multidisciplinar es el más adecuado en los casos más graves, ya que “el arteterapia o cualquier otra disciplina no puede abordar en solitario ciertos casos de salud mental ya que se negarán ciertas posibilidades de abordaje”; así como no es posible tampoco homogeneizar la clínica ya que “el ámbito de salud mental también tiene muchas diferencias en cuanto a las patologías y a los estados de cronificación, que no permiten un criterio unificado como tal”.

Para concluir el análisis del nodo rescatamos la valoración de la salud mental como un estado de equilibrio “donde a pesar de poder tener dificultades, es posible pensar sobre ellas y sostenerlas”, aceptando las limitaciones y las propias emociones en el camino hacia el propio entendimiento. “La salud mental también es saber pedir ayuda cuando se necesita y aceptarse como uno es”, espacio donde la terapia entra en juego.

Algunas respuestas abarcan lo específico de la **salud mental infanto juvenil** “siendo los primeros años de vida grandes determinantes del psiquismo”. Es por tanto la salud mental un aspecto fundamental del ser humano que forja la identidad en función de las relaciones. Sobre la intervención con adolescentes se señala que de nuevo, “la disonancia más importante es la necesidad por parte de los psicólogos de categorizar o diagnosticar, es decir, poner etiquetas. Esto supone a veces reducir más la capacidad de expresión y la espera de resultados de acuerdo a lo etiquetado”. Y resulta significativo que el posicionamiento del profesional emerja como un recurso de afrontamiento. Así señala que “mi posicionamiento humanista se fija más en la persona y en la integración de los diversos aspectos en el desarrollo del adolescente”.

Se otorga relevancia en la clínica infanto juvenil a la normalización, y en ese sentido señala un/a de los entrevistados que “no soy partidario del aislamiento siempre que sea posible convivir con los problemas que pueda generar su proceso” así como a la revisión de los casos en supervisión con el equipo, en reuniones periódicas, con el fin de encontrarse “escuchando y compartiendo el entendimiento del caso y su patología concreta”.

A su vez alude a la evaluación que se realiza “con recogida de información de los distintos ámbitos en los que viven los pacientes, ámbito familiar y educativo”, a través de entrevistas con los centros educativos y reuniones con los padres y familias.

Del análisis realizado sobre la salud mental se desprenden aspectos sobre la concepción de la **terapia**, con respuestas como la que señala que “sería una forma de intervención más social para la mejora de la salud del paciente”. Y concreta que la psicoterapia “sería la forma de tratamiento dentro de la psicología que propicia cambios en los estados mentales de las personas que sufren algún tipo de trastorno”.

Como punto cumbre del tratamiento se señala la exploración de sentimientos y emociones, e incluso algún conflicto, que a veces las personas no pueden reconocer y por tanto, no pueden elaborar. Por ello, como proceso en sí misma es necesario diferenciarla de otras disciplinas como puede ser la terapia ocupacional. El/la profesional entrevistado señala que “los profesionales con los que he compartido mis experiencias, tanto psicoanalistas, como terapeutas, psiquiatras, psicólogos o educadores, me lo han confirmado”. El testimonio de estos perfiles duales arroja luz sobre los matices diferenciadores de la disciplina.

Y yendo más allá, establece en el centro del trabajo arteterapéutico como proceso también, “en la construcción de un vínculo sanador, desde la escucha activa y la empatía, acompañando a la persona a lo largo de su proceso creativo y haciendo uso de las herramientas artísticas como medio de expresión

complementario a la palabra”. Otro/a informador completa señalando que “la terapia/psicoterapia y sus procesos, son, desde mi óptica de arteterapeuta, una disciplina y un proceso en los cuales se da un encuentro entre un profesional y una persona (o un grupo de personas) que necesita o desea elaborar cuestiones o problemáticas que pueden tener que ver con los ámbitos psíquico, somático, emocional, social, existencial, espiritual, etc.”. Un/a tercero añade sobre la terapia que “es el medio a través del cual el paciente se vincula al otro y permite la expresión de su ser, permitiendo el trabajo en diferentes aspectos del mismo en busca de una presencia en la vida que les genere bienestar o menos malestar”. A esa relación vincular como eje vertebrador del proceso aluden los tres.

En gran medida esa concepción de la terapia aparece mediada por el reconocimiento de una posición de orientación psicodinámica, que sin embargo se nutre de otros saberes, “ampliando mis “herramientas” terapéuticas, gracias a la experiencia vivida con los pacientes y al intercambio con otros profesionales del campo de la educación, medicina, psicología, psicoterapia, arteterapia y arte”. Emerge en el discurso con fuerza, como puede observarse, la interdisciplinariedad como campo de acción exponencial del arteterapia. Así, reconoce que “todas y cada una de las personas con las que interactúo amplían y enriquecen mi accionar. Y tiendo cada vez más a trabajar desde una mirada holística del paciente”.

Esa posición psicodinámica es compartida por otros profesionales, aunque no es la única. Otro de ellos, sin embargo, sitúa el arte, el hecho artístico, como el eje vertebrador del proceso arteterapéutico, rasgo identitario de la disciplina y señala como “mi formación principalmente artística me lleva a una concepción de la terapia fundamentada en los procesos artísticos como metáfora de la experiencia vital y en el trabajo con lo simbólico como herramienta para que el individuo pueda acceder a su material personal”.

Por tanto, la concepción de la terapia/psicoterapia se concreta en torno al arte como “una vía de trabajo fundamentada en el potencial terapéutico del proceso creativo dentro de un contexto determinado, que mediante el uso de los diferentes lenguajes artísticos acompaña procesos terapéuticos, para favorecer un bienestar bio-psico-social, en una relación terapéutica informada y consentida”, y

afianzando así la creencia en el valor del uso del proceso creativo como herramienta terapéutica.

Con cierta firmeza se posiciona otro/a de los informantes en el “arteterapia en ámbito clínico, con orientación dinámica”. Uno más señala “soy arteterapeuta y mi concepción de la terapia es un proceso de acompañamiento terapéutico que utiliza el proceso creativo como herramienta para facilitar la expresión y el reconocerse”. De esta definición y las anteriores surge la necesidad de un encuadre seguro, “sin juicio de valor”, marco que se pone al servicio de la relación terapéutica a fin de que la persona pueda “abordar y elaborar conflictos emocionales o psicológicos, a través del lenguaje artístico” y por primera vez en el discurso se hace referencia a este lenguaje “como vía de expresión complementaria o alternativa a la palabra”.

Al encuadre se refiere otra de las respuestas como “un espacio y un tiempo” que el profesional proporciona. Su labor consiste en el acompañamiento para que “estas cuestiones se traten, tomen nuevas formas, nuevos entendimientos, vías más sanas, vitales, etc. para conseguir un mayor bienestar en el paciente”.

Encontramos una respuesta que aborda lo específico de la infancia y adolescencia entendiendo la terapia y el proceso terapéutico como “un camino de ayuda y desarrollo de diversos aspectos de la personalidad de los niños/as y adolescentes, sean considerados o no, problematizados o catalogados de tal forma por la visión adulta”.

Sobre las diferencias entre ámbitos, por ejemplo en el caso de adicciones/salud mental y autismo/educación, parece efectivo mantener una misma concepción que posiciona al arteterapia “como un aporte complementario, pero fundamental dentro del marco de un proceso terapéutico”, sea cual sea el ámbito.

Desde lo artístico, se constituye así la terapia “como un espacio para la producción de una nueva narración (más allá de lo patológico) a través de imágenes y de la producción artística”. Entre los objetivos: “que el paciente tome conciencia de lo que le pasa y pueda modificar alguna cosa; que pueda contenerse

y ser contenido; que pueda ser escuchado en su sufrimiento de manera un poco más amable a través de lo artístico”.

Si hemos señalado dos posicionamientos mayoritarios, psicoanalítico o psicodinámico y artístico, el planteamiento integrador ocupa un lugar y que define el/la profesional como “basado en diferentes perspectivas, desde lo bio-psico-social, dada mi profesión como médico psiquiatra que trabaja en la psiquiatría comunitaria, con formación en psicoterapia dinámica y sistémico familiar, además de arteterapeuta”. Por tanto, basada en la formación complementaria.

Esta posición es apoyada por otro testimonio que señala que el/la profesional trabaja “desde una orientación teórica sustentada en el psicoanálisis pero integro elementos que creo interesantes de todas cuantas disciplinas puedan ayudarme en el trabajo que realizo con los pacientes, finalidad última de mi trabajo”. Otro/a profesional se posiciona en una “epistemología constructivista, con base teórica en el psicoanálisis relacional y sistémico”. Pero añade la tendencia a una posición integradora “incorporando técnicas de otras corrientes si las considero apropiadas para la atención de determinados casos”.

Un/a profesional se refiere a su experiencia en un entorno comunitario, de forma grupal y con personas adultas con problemas de adicción, en el que los usuarios conviven con usuarios con otra enfermedad mental (duales). Se sirve de las enseñanzas de Carl Rogers y piensa en el conjunto (arteterapeuta/paciente/grupo) “como proceso, como personas y como grupo”. Se da un objetivo global que persigue la transformación en las relaciones “con ellos mismos y con su entorno”, y así poder dejar atrás el hábito de consumo. Junto a Rogers, la teoría de Bion es referenciada para explicar que en ese espacio se utiliza “el arte y las intervenciones verbales que suceden en la sesión para construir entre todos un cuadro que podría ser una representación de cómo o dónde nos encontramos como grupo”. Señala que “gracias a esta identificación proyectiva cada uno puede aprehender el lugar dónde se halla”.

Y en este punto establece como “función del arteterapia el construir entre todos una relación nueva a través del arte y de nuestras propias interacciones”. Es

muy importante para esta investigación considerar aquí dos herramientas del arteterapeuta que le apoyan en su identidad: “estar en contacto con nuestro propio proceso de creación y continuar un proceso de terapia personal”.

Del análisis de las respuestas relacionadas con el nodo **equipo**, señala un/a informante que “cuando comencé a trabajar en Arte Terapia, me quedó muy claro que mi ejercicio como arte-terapeuta no iba a ser desde la psicoterapia, sino que se construía un espacio diferenciado de trabajo. En la actualidad y después de 18 años de trabajar como arte terapeuta y en equipo, puedo diferenciarme claramente y seguir sosteniendo lo mismo”.

Es frecuente establecer puntos de encuentro con los colegas dentro de un mismo equipo, que suele estar formado por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores, monitores, enfermeros, etc. Uno de los elementos señalados es la búsqueda de objetivos comunes “que tomarán las formas de cada disciplina, haciendo de ello una tarea diferenciada”.

Entre todos estos profesionales existen diferencias necesarias de las que un/a arteterapeuta dice “las considero un beneficio ya que en la diferencia es que encontré el lugar como arteterapeuta”. Por su experiencia después de 18 años puede describir el espacio de arteterapia como “un espacio que ha ido construyéndose no sólo hacia los pacientes sino hacia dentro del Equipo”. Y sobre la respuesta de los profesionales a dicho espacio señala que “este modo de intervención ha encontrado un buen lugar de recepción”. El trabajo por tanto del equipo “es una tarea que no es dada por ser un equipo multidisciplinario, sino que es una ardua tarea, que lleva tiempo cualitativo y cuantitativo”.

Sobre la cuestión identitaria añade otro/a profesional que “la interacción con otros profesionales me ha ayudado a definir mejor mi campo de actuación y a replantearme ciertas intervenciones”. Un/a arteterapeuta considera que los/as arteterapeutas “aportamos una mirada diferente de los pacientes. Mostramos sus posibilidades creativas, sus capacidades relacionadas con la comunicación, sus

intercambios con sus pares, como así también información que brindan espontáneamente”.

Para hacerlo efectivo, debe generarse un espacio de comunicación en el que “poder encontrarnos sistemáticamente y mostrar que está pasando en cada espacio, poner en consideración los resultados de cada una de las intervenciones, discutir y conciliar, tratar de entender al otro profesional”. El trabajo del equipo ha de basarse en el respeto mutuo “que incluye una confianza mutua y en donde también se juegan cuestiones personales” y se materializa en reuniones semanales o quincenales, en un mismo día y hora, a la que asisten todos los profesionales y en la que revisan y evalúan los pacientes “que son elegidos por cualquiera de los talleres o por la pareja terapéutica (psiquiatra/psicólogo, que llevan adelante la psicoterapia grupal). Dichas reuniones hacen que la comunicación “no sea un pasaje de información “de pasillo” sino una formalización, en el espacio correspondiente: con todos”. Inclusive un/o de los entrevistados comenta que presentan trimestralmente un “caso con el atravesamiento de todas las disciplinas, desde lo conceptual”. Esta condición se da en todos los equipos de trabajo a los que se refieren los entrevistados y se desarrollará en mayor profundidad en el nodo específico (más adelante).

Además de las reuniones periódicas, se señala como importante la “confianza en la profesionalidad de las personas que forman el equipo, compartir la información adecuada sobre el usuario, contrastar habitualmente las observaciones de los diferentes profesionales y evaluación de resultados”. Dichos aspectos ahondan en la seguridad emocional e integral del paciente”.

También se profundizará en un aspecto que ya emerge del discurso en este punto: **el modelo de organización entre profesionales de la institución**. Un/a de los entrevistados señala que en su caso “es bastante mixta y sí a veces hay algunos entorpecimientos. Lo interesante es la capacidad de reparación, entiendo que esto nos permite continuar juntos”. Y añade al respecto que “a veces puede ser

muy jerárquica, donde entra fuertemente el discurso psiquiatra, otras es más horizontal. Como cualquier dinámica grupal, depende de los contextos”.

En otra respuesta encontramos una visión sobre los arteterapeutas que dice “que mostramos un modo diferente de relacionarnos con los pacientes [...] y aportamos una dinámica a las reuniones menos formales y más de trato cotidiano”. Sin embargo, la realidad muestra una cierta jerarquía entre los miembros de un equipo y sobre ello señala una respuesta que “todos los roles son muy necesarios aunque los imprescindibles en este ámbito son: el psiquiatra, psicólogo y enfermero. El resto, una posición por debajo pero necesaria también, ayudamos en la mejora integral de los pacientes”. Una vía para articular todo este entramado es la que propone otro/a de los profesionales cuando dice considerar que “esta revisión de roles y posiciones dentro del equipo es muy importante para tener también en cuenta cómo evoluciona cada uno de los pacientes en las diferentes terapias”.

La mayoría de las respuestas, por encima del cincuenta por ciento, se enmarcan en el que entienden un modelo mixto de relación profesional en el equipo, entendiendo en palabras de los/as entrevistados “que este modelo de relación favorece la intervención terapéutica al facilitar una valoración intensiva de los distintos aspectos del paciente, que agiliza la planificación de los tratamientos y la puesta en marcha del trabajo terapéutico”. En uno de los casos, se señala que “la jerarquía por sí misma no ha de ser negativa. [...] El problema surge cuando algunos miembros de un equipo la utilizan para situarse en una posición más cómoda que otros. Si algunas cuestiones esenciales no son compartidas de manera equidistante o equilibrada, en el equipo se instala una “jerarquía injusta”, lo cual, desde luego, no favorece el trabajo conjunto”.

En concreto, un/a de ellos puede establecer comparaciones y concluir que en el caso de un modelo jerárquico se da una relación “rígida y perjudicial para los profesionales, ya que no se sienten lo suficientemente valorados por los superiores” en tanto que un modelo horizontal “cada uno realiza sus funciones teniendo respeto por el trabajo y el espacio del resto del equipo”. Idea que se ve

reforzara cuando otro/a compañero/a añade que “favorece siempre que haya una relación de no intrusismo y de confianza en la práctica profesional”.

Otra parte de las respuestas aluden a una relación horizontal entre los profesionales “lo que favorece mucho el trabajo terapéutico”. Y añade otra respuesta que “la relación horizontal. Favorece la fluidez y creatividad de los miembros. Existiendo la figura de un coordinador/responsable de centro”.

En una sola de las respuestas se refiere a la existencia de una relación profesional mixta en función de la persona, es decir, “una relación jerárquica con algunos miembros del equipo y horizontal con otros”. Y sobre ello se especifica que “en ocasiones esto favorece y en otras perjudica ya que pueden tomar decisiones que afectan al equipo sin consultarlas. Por ejemplo, he tenido pacientes a los que han dado el alta de un día para otro sin dar opción a hacer un cierre en arteterapia”.

Entre las dificultades señaladas se encuentra además de la rigidez de posiciones superiores, la falta de implicación de la dirección de algunos equipos, que queda compensada en demasiadas ocasiones con la implicación y compromiso de los profesionales”. No se trata de declarar necesaria la existencia de una directiva específica, pero sí señalar que de haberla, ha de ejercer y cumplir los roles específicos asignados al lugar que ocupa. Se diferencia este rol del de coordinador/a de equipo que es señalado/a como “una figura importante que debe ser el facilitador de la comunicación y el orden en el trabajo”.

Respecto de una posición jerárquica, en opinión de un/a entrevistado/a “se empobrecen los resultados del trabajo de equipo, pero obviamente aunque no es el tipo de decisión con el que me siento a gusto no suele tratarse de decisiones que tengan posibilidad de ser valoradas o discutidas, de manera que hay que seguir adelante y normalmente intento que no afecten al marco arteterapéutico. Y otro/a al respecto del mismo tema señala que una relación jerárquica “favorece la coordinación y esto es fundamental”.

En una posición más equilibrada un/a entrevistado/a añade que aún habiendo una relación horizontal “al estar en un centro hay unas normas

jerárquicas que también se deben seguir. Funciona bien si la gente acepta las normas y colabora con ganas. Cuando alguien quiere tener más poder o imponerse es cuando la dinámica se desfavorece”. Parece saludable que “la jerarquía se posterga para momentos puntuales y se trabaja cotidianamente en una horizontalidad suficiente que permite un intercambio fluido y unos acuerdos siempre en beneficio del paciente”.

Del otro lado de todo este trabajo se sitúa por tanto siempre el paciente. “El hecho de que se sienta acogido y entendido por el equipo es un factor muy importante. La sensación de contención es básica para su evolución favorable. Para ello el equipo debe ser consistente y trabajar “a una””. En palabras de otro de los entrevistados, en esa evolución favorable “influye positivamente el tipo de vínculo que se establece con cada profesional y el que haya varios profesionales con los que vincular y que cada uno tenga un nivel de exigencia determinado y hacia una dirección, unos objetivos diversos y una metodología acorde a sus principios teóricos”. Solo en un caso se refiere que la existencia de un modelo jerárquico “no necesariamente ha de incidir en el trabajo terapéutico directo con los pacientes. Más bien incide en un funcionamiento disfuncional del equipo”.

La necesidad de encuentro para el trabajo del equipo y concreción de su mirada hacia los pacientes, aparece en múltiples respuestas, primando las necesidades de este. Se señala así que “durante la puesta en común de las propuestas, se revisan y se valoran los roles y posiciones de cada uno de los miembros del equipo en función de cada caso. El rol/posición dependerá de cuáles sean las necesidades reales del paciente en ese momento y puede ir cambiando a medida que avanza el tratamiento”.

De la existencia del equipo se desprende por tanto una de las claves para la efectividad de las terapias pues “aunque en ocasiones pueden existir “choques” entre las distintas maneras de enfocar una misma cuestión, la riqueza de respuestas derivada de estos encuentros, beneficia enormemente la planificación y el diseño de estrategias de trabajo, al proporcionar a los distintos miembros de un mismo equipo nuevas posibilidades de intervención terapéutica”. Esta es considerada para la investigación como constatación de las hipótesis planteadas.

Se logra, en palabras de un/a de los profesionales ya que “todos los profesionales del equipo nos adaptamos al conjunto, para poder conciliar los distintos métodos de acción y que éstos le puedan ser útiles al paciente”.

Cuando hablamos de diferencias en el equipo, nos referimos a diferencias entre disciplinas que pueden llevar a disonancias pero uno de los profesionales se refiere a “su suerte de trabajar con personas de mente abierta, que están dispuestas al intercambio y comparten honestamente, y con las que, a pesar de utilizar metodologías de trabajo diferentes, compartimos un mismo lenguaje.

De nuevo, compartir una **base teórico-metodológica** parece ayudar en el proceso de cohesión del equipo. Sobre ello se señala en una respuesta que la existencia por ejemplo que una base psicodinámica puede hacer “que coincidimos en que el malestar de las pacientes es la consecuencia de una situación familiar compleja”. Igualmente, si pensamos esto para cada uno de los miembros del equipo, la convivencia de varios modelos en un mismo equipo, “la convivencia de las distintas ideologías que los acompañan, siempre nos lleva a cuestionarnos nuevas posturas y propuestas a la hora de abordar situaciones. Esta diversidad de vías abre las puertas a nuevas opciones de trabajo en el campo de la salud mental y esto casi siempre es una ventaja”. Y añade que “la constante interacción con otros profesionales hace que me cuestione una y otra vez el trabajo que desarrollamos durante las sesiones. Por otro lado, me alegra comprobar que la mirada arteterapéutica se va haciendo notar, poco a poco, en el resto del equipo”. También es útil trabajar en un equipo con, por ejemplo, una determinada “orientación sistémica para analizar tanto al grupo de pacientes como a los profesionales”. Para uno/a de los entrevistados la clave del entendimiento reside en “el respeto en la metodología de intervención de los profesionales compañeros, y el punto en común que venimos comentando, la existencia de un modelo dominante que nos haga caminar con un mismo sentido”.

Otra de las respuestas enumera una serie de tareas necesarias para el correcto trabajo del equipo: conocimiento de la patología con la que se va a trabajar, comunicación y coordinación con el equipo terapéutico, primeras sesiones de detección de necesidades, registro diario individual y grupal”, a lo que otro/a compañero/a añade “un sistema de derivación clara y una reunión semanal con el equipo terapéutico para realizar seguimiento de los casos. Los protocolos de que hacer en casos de emergencia son importantes también”, y un tercero, “que funcione la reunión de equipo y que hayan sesiones clínicas semanales, encuentros informales como cafés etc., celebrar las fiestas de cumpleaños etc., hacer memoria anual de equipo, la historia clínica común, partir de objetivos consensuados para el caso, la comunicación fluida sobre el proceso que lleva cada uno con el caso y compartir logros y dificultades”.

De esta manera, un/a de los profesionales considera “que un buen trabajo de equipo es aprender cómo trabajan los demás y que se puedan apreciar las diferencias. Tener una visión más amplia de las otras intervenciones y los casos ayuda a la hora de encarrilar la intervención en arteterapia”. Se añade que “a pesar de las diferentes miradas dentro de un equipo lo primordial es el respeto. El encuadre de trabajo en los distintos tratamientos procede de los profesionales que lo llevan a cabo. Creo que favorecer la comunicación dentro del equipo y el trabajo transdisciplinar pueden ser factores que eviten la perturbación de la diferencia”.

En general, se refieren las respuestas a situaciones de éxito o favorables en las que el trabajo del equipo terapéutico, y como señala un/a de los entrevistados: “si bien es cierto que en algunas ocasiones la diferencia de orientaciones puede ser un obstáculo a la hora de coordinarse con otros profesionales, en mi caso casi siempre me he encontrado con profesionales que están dispuestos a aportar lo que ellos conocen y a escuchar otros enfoques antes de planificar o evaluar una intervención, por lo que el trabajo común ha resultado beneficioso para todos”. Y no solo el beneficio es para el/la arteterapeuta, “creo que en algún momento todos los miembros del equipo hemos beneficiado de explicar casos difíciles y hemos podido ayudar. Ha sido un intercambio y hemos aprendido de las diferentes disciplinas”. Incluso señala una respuesta que “contrastando impresiones con mis compañeros/as en ocasiones he modificado parte de la intervención para

optimizar, o al contrario, para no conducir a través de la propuesta a una situación delicada (descompensaciones, ansiedad, etc.)”.

Uno/a de los profesionales responde “considero que los diferentes enfoques enriquecen el grupo, proporcionan una ampliación de la mirada y por tanto, permiten realizar una intervención holística. La diferencia suma y en el caso de los modelos teóricos las distintas miradas permiten complementar la intervención, haciéndola más rica”.

Ese intercambio, ese encuentro entre profesionales es considerado una riqueza, pues para un/a de los profesionales la “coordinación con otros profesionales ha servido de enriquecimiento ya que se ha partido de una postura dialogante y coordinada para que las intervenciones fuesen apropiadas”. Y añade otro/a entrevistado que en su equipo se la “la metodología de cualquier trabajo en equipo, siendo esencial la coordinación entre diferentes profesionales y con otros servicios y un plan terapéutico y abordaje consensuado y susceptible de modificar en función de la evolución”.

Sobre posibles puntos de encuentro y similitudes se pide a los entrevistados/as que concreten algunos aspectos. Uno/a de ellos señala que los puntos de encuentro “han solido ser las aproximaciones de tipo global en la intervención (pueden ser teóricas o prácticas), así como la búsqueda del bienestar de los pacientes”; y “las disonancias o diferencias se han dado más en algunos detalles y concepciones en el marco de trabajo, el tipo de intervención a seguir, el estilo comunicativo con el equipo, los niveles de confianza esperados y no satisfechos, etc.” Otro/a añade que las similitudes son “como algo que refuerza la intervención en equipo, pues son fáciles los acuerdos, las decisiones... En cambio, en cuanto a las diferencias, si existieran, es necesario que convivan de alguna manera en un espíritu de máxima confianza mutua. Si no existe esa confianza, pueden darse importantes “distorsiones”, las cuales, si no se tratan a tiempo, se profundizan y hacen inviable el trabajo en equipo”. Un/a más dice que “los puntos de encuentro se deben buscar siempre en el trabajo en equipo, y las diferencias surgen más de la especificidad y reparto de tareas necesarios en un equipo multidisciplinar”.

Para los profesionales, el encuentro entre ellos es una fuente de aprendizaje y mejora. Uno/a de ellos señala que “siempre se puede aprender de compañeros de profesión y de otros profesionales; en mi caso y en términos generales este intercambio ha sido hacia una mayor flexibilidad y apertura a diferentes propuestas escogiendo aquellos aspectos que he pensado podrían ser útiles en mi práctica clínica, y en función de cada caso particular”. De hecho, un/a profesional comenta que “es más un beneficio a la hora de planificar una intervención terapéutica dentro de un plan terapéutico global, sobre todo en pacientes (casos/situaciones...) complejos”. Otro/a especifica que “los puntos de encuentro se deben buscar siempre en el trabajo en equipo, y las diferencias surgen más de la especificidad y reparto de tareas necesarios en un equipo multidisciplinar”.

Cabe preguntarse si para lograrlo ha de ser el/la terapeuta quién se adapte o viceversa, a lo que responde un/a entrevistado “no, debo mantener mi perspectiva y respetar absolutamente la suya para que el intercambio sea posible”.

Se entiende como diferente esta perspectiva según el tiempo y continuidad de las experiencias a lo que un/a profesional alude en su respuesta cuando señala que “mi trayectoria profesional es corta, de manera que esta concepción se encuentra aún en proceso de maduración y de apropiación. El encuentro con otros profesionales me ha servido para comprender la distancia que podemos encontrarnos entre la teoría de en qué condiciones idóneas ha de realizarse la práctica y la realidad de trabajar en una Institución y con un equipo multidisciplinar, lo que obliga a una acomodación de estas condiciones ideales”.

De nuevo resurge el marco teórico como punto de encuentro. E igualmente de estos planteamientos pueden surgir diferencias. Se señala en una respuesta que “para mí trabajar en una institución con un modelo dominante es una ventaja, ya que todos los integrantes hablamos en el mismo idioma y la coordinación y colaboración es muy buena. A veces planteamos cambios de tratamiento, por ejemplo, yo a un/a musicoterapeuta porque considero que es un paciente muy auditivo y musical y sabemos que la coherencia entre uno y otro trabajo va estar como base. Aunque luego haya diferencias de intervención y particulares. En este sentido las familias se sienten tranquilas porque siempre escuchan formas

parecidas de entender a sus hijos”. El paciente, como ya se mencionó, como prioritario.

A tal efecto se recoge que “el principal punto en el que me alejo del modelo en el que trabaja el equipo del que formo parte es en esta perspectiva grupal/individual. Por otro lado, al ser la única profesional que trabaja a través de la expresión artística, mi mirada se acerca en muchas ocasiones a aspectos que le ocurren a la persona que no suelen aparecer en otros módulos del programa”. Por lo tanto, un aspecto a priori disonante se convierte en una fortaleza para el abordaje sin olvidar sin embargo y tal y como señala el/la mismo profesional que “este abordaje grupal dominante en el equipo ha resultado en ocasiones perturbador para mi abordaje, pues en algunos momentos, el equipo ha esperado de mí abordajes diferentes a los que yo proponía, principalmente a la hora de realizar propuestas.”

Sobre cómo se concreta tal binomio en la práctica con los pacientes se recoge que “en algunas ocasiones, situaciones o movimientos concretos que se dan en el grupo de Arteterapia ayudan a comprender situaciones que se dan en otros espacios, y viceversa. Reflexionar sobre ellos en los espacios del encuentro del equipo ha podido facilitar el abordaje”. Y se alude a esos espacios que ya han sido mencionados como aquello que “puede consolidar el equipo profesional e institucional”. Se mencionana “el análisis de casos y la supervisión en equipos”, así como “las reuniones semanales de equipo”, en las que un/a profesional concreta “yo como Arteterapeuta, puedo compartir mis reflexiones sobre el proceso de la persona, y estas son tenidas en cuenta”.

Dichos espacios han de ser tenidos en cuenta y planificados y resulta positivo comprobar como “dentro de la programación anual del equipo, se contempla la realización de supervisiones internas donde se da la oportunidad de revisar y reflexionar sobre estos roles dentro del equipo y sobre la propia práctica. Estas supervisiones están abiertas a todos los profesionales”. Así lo afirma un/a entrevistado.

En relación con un contexto de “Comunidad Terapéutica”, el/la arteterapeuta señala la existencia en la insitución de una base conductual, lo que en principio le pareció incompatible con su manera de hacer. Sin embargo, reflexiona que “una de las características de nuestra profesión es la de adaptarse a todo”. Y matiza que “lógicamente hay algunas intervenciones por parte del equipo con las que puedo discrepar, sobre todo aquellas actuaciones que pueden parecerme un tanto rígidas o poco flexibles. Soy consciente, de igual forma, que la población con la que trabajamos tiene bastante problema para aceptar los límites; y por ello a lo largo de mi experiencia voy transformando mi forma de ver algunas de estas intervenciones más conductuales”. Y se concluye que “por otra parte, pienso que más que la diferencia de los modelos psicoterapéuticos dentro de una misma institución, lo que impide este trabajo multidisciplinar son los narcisismos secundarios de cada uno de los miembros del equipo. Para hablar en plata, los distintos intereses personales de cada uno de los trabajadores del equipo”.

Pero no todo son valoraciones completamente positivas. De forma muy sincera el mismo profesional añade que “tengo la sensación de que después de cinco años de experiencia el que más se beneficia del arteterapia es el propio paciente. Quiero decir con esto que el equipo de la Institución aprovecha muy escasamente los beneficios obtenidos por nuestra experiencia”, y algo significativo como es su consideración de “que el trabajo realizado que no tiene visibilidad es un trabajo perdido”. Algo que parece ser frecuente en muchos de los casos.

Según su experiencia, aún dándose momentos de encuentro y coordinación en relación con los pacientes, su planificación y desarrollo no está del todo ajustado por lo que demanda “una coordinación integrada por los responsables de cada área para tratar a cada paciente (el tutor/a; el psicólogo/a; el/la arteterapeuta; el responsable de las actividades socio-educativas; la médico) y elaborar unos posibles objetivos y evaluarlos temporalmente”. En su opinión “si cada uno de los miembros de un equipo tira en una dirección diferente no se suele llegar a ninguna parte”.

Es probable que si actitud constructiva y crítica al tiempo se deban a uno de los dobles perfiles señalados al inicio del capítulo, en este caso, educador/as-

arteterapeuta. Una ventaja parece ser la disposición e información sobre el usuario que proviene de múltiples direcciones, por ejemplo sobre “cómo se relaciona cada persona, dentro y fuera de las sesiones de arteterapia”. Señala que la no oficialidad en el intercambio de saberes puede hacerlo menos efectivo y que incluso ha sentido que “los grupos de arteterapia están proyectando, no solo mis propios miedos, sino también las dificultades del propio equipo de profesionales”. Le preocupa que la metodología de trabajo instalada en aquellas personas que llevan más tiempo en los equipos no sean revisadas y esto pueda generar resistencias internas.

De forma generosa en su testimonio el mismo profesional alude a la confianza y a la gratitud en un sentido bidireccional; y sobre la segunda señala un aspecto significativo para esta investigación: “yo estoy agradecido/a a mis compañeros el haberme dado la oportunidad de poder desarrollar el arteterapia en nuestra institución, algo que hoy en día es de señalar porque muy pocas Comunidades cuentan con profesionales del ámbito arteterapéutico”.

Considera que la integración del arteterapia en las instituciones de algún modo puede relacionarse con el cambio y señala que “todo cambio nos produce mucha inseguridad y hoy en día no la queremos sentir. Uno de los objetivos del arteterapia es poder vivir esta inseguridad y la ansiedad que nos produce con cierta normalidad, ¿acaso no es el proceso artístico una actividad que constantemente nos pone en contacto con esta inseguridad cada vez que comenzamos una obra nueva?”.

Y aún va un paso más allá para realizar una mirada interna a los profesionales arteterapeutas para “vernó cómo actuamos dentro de las sesiones de arteterapia cuando, por ejemplo, debemos de compartir nuestro espacio con un estudiante en prácticas... ¿qué rol tiene dentro de las sesiones?”. Tras su propia experiencia concluye que “después de un periodo de vinculación dinámico en el que la relación con el estudiante y con el grupo de usuarios se fortalece, la terapia que desarrollamos se acerca paulatinamente a una coterapia, a una complementariedad que es muy rica para todos los protagonistas”.

Es un testimonio enriquecedor que enlaza con sumamente significativo de otro/a profesional entrevistado/a que alude a una experiencia propia diferenciada y narra como su “equipo de trabajo está formado por un/a psicóloga/coordinadora y un/a educadora social. Ambos/as son personal contratado por la institución. Además, el programa acoge a estudiantes en prácticas de los grados de psicología, educación social y máster en drogodependencias. Mi rol como Arteterapeuta es de profesional colaborador/a (con un convenio de colaboración, sin remuneración) El modelo de relación es mixto, pues aunque se tienen en cuenta las reflexiones y opiniones de las personas en prácticas y de mi figura como colaborador/a, la relación puede parecer horizontal, pero existen momentos en que los/as profesionales contratados/as y especialmente, el/la coordinador/a toma decisiones al margen de la opinión del resto”.

Es por tanto como se observa una realidad compleja en la que la situación de precariedad laboral redunda en la identidad profesional.

Y no solo el reconocimiento o no de los profesionales en igualdad de condiciones puede afectar a la realidad de la práctica, sino que los condicionantes propios de la gestión terminan por afectar. Un/a profesional señala que Con los profesionales con los que trabajo no encuentro diferencias de posicionamiento pero sí que en su opinión “finalmente cada uno tira hacia su formación. Lo voy a explicar. Aunque todos trabajamos en una misma línea se nota el/la que es educador, el/la que es psiquiatra,... Cada uno ve las cosas en la aplicación de su disciplina. Veo que al final el posicionamiento dentro del equipo es algo que se moldea en función de varias cosas que no tienen tanto que ver con lo propio como con las condiciones con las que jugamos. Los tiempos, los pacientes, el espacio,... son factores que determinan más la intervención que la propia posición personal y al final todas las disciplinas coinciden en el rumbo que ha de tomarse.

Estas diferentes posiciones, afectan también a elementos concretos del trabajo en equipo como el intercambio de información. Un/a profesional señala que no contar “con el total del historial de los pacientes con lo que en muchas ocasiones no tengo las patologías. En el caso de contar con ellas tampoco es la patología lo que marca la totalidad de la intervención ya que trabajo con grupo. Es

un cumulo de diferentes aspectos lo que marca el diseño de la intervención y con él su análisis y evaluación”. Conviene preguntarse, ¿debe el/la arteterapeuta no contratado (y cabría analizarse por qué) contar para su trabajo exactamente con la misma información que el resto de profesionales o no?

Se han mencionado en estos últimos testimonios especificidades del perfil del arteterapeuta como la flexibilidad, la capacidad para afrontar la inseguridad, y ahora la escucha. Y señala un/a entrevistado/a que “me interesan todos aquellos puntos de vista de los profesionales sean o no de mi ámbito que trabajan con una escucha abierta y atenta a las particularidades de las personas que tratan, a pesar de que no podamos coincidir en muchos aspectos. No me interesan en cambio aquellas actitudes profesionales que tienden a la unificación y despersonalización del individuo bajo el prisma de un diagnóstico”. Así señala otra respuesta que “la diferencia de puntos de vista lo que hace es enriquecer la intervención. Lo que no puede ser abordado desde una disciplina se puede abordar desde otra. Pero creo que es más la planificación la que determina el posicionamiento”.

Otra riqueza específica es señalada en la capacidad del arteterapia “para la integración de diferentes modelos. En un equipo siempre van a existir varios modelos con una predominante y más en salud mental. Creo que más que las corrientes tiene que ver con los profesionales el que pueda ser una ventaja o una desventaja”.

En opinión de un/a arteterapeuta sobre el propio perfil este/a señala que “a lo largo de estos años me he ido nutriendo de la labor y las teorías de muchos profesionales del mundo de la psicoterapia en particular y en algunos casos también del mundo de las Terapias artísticas”. Sin embargo otro/a añade que “en el mundo del arteterapia en concreto, además de las diferencias de corrientes psicoterapéuticas a las que nos adherimos, suelo encontrar en muchos profesionales un énfasis en delimitar una única manera de hacer y de entender nuestra disciplina. Estas posiciones me parecen limitantes para nuestro ejercicio, el que realizamos con un espectro tan amplio de ámbitos y poblaciones que requieren marcadas diferencias en las intervenciones en función de sus capacidades cognitivas, físicas y contextuales. Las tres corrientes arteterapéuticas

definidas desde los inicios, siguen a día de hoy en vigencia y son imprescindibles. Desde esta posición amplia del arteterapia, a lo largo de estos años cada vez he ido encontrando menos resistencias de otros profesionales y un importante reconocimiento de lo diferencial del arteterapia.

De nuevo, para la atención de patologías graves se menciona que “la salud mental ha de ser abordada desde un abordaje multidisciplinar en los casos más graves. Creo que el arteterapia o cualquier otra disciplina no puede abordar en solitario ciertos casos de salud mental ya que se negarán ciertas posibilidades de abordaje”. Esto es repetido por la mayoría de profesionales, con especial interés de las respuestas de otros profesionales no arteterapeutas que ven en el abordaje de los casos más graves, las mejores posibilidades de intervención desde el arteterapia.

Mi trayectoria personal ha ido consolidándose gracias a la práctica y a la supervisión. Entender desde la teoría me ha permitido entender mejor mis pacientes, pero la intervención ha venido marcada desde la práctica y la intuición, de lo que funciona y lo que no. La manera como otros compañeros han mirado las obras o han respondido en ciertas situaciones ha ido haciéndome crecer personalmente y todo lo que hago es fruto de las diversas cosas que he podido ir recibiendo.

Analizadas las respuestas sobre la **comunicación, confianza y confidencialidad**, se encuentran algunos pormenores específicos relacionados con el desarrollo del trabajo. Se considera necesario “poder encontrarnos sistemáticamente y mostrar que está pasando en cada espacio, poner en consideración los resultados de cada una de las intervenciones, discutir y conciliar, tratar de entender al otro profesional. Intensa Comunicación”. Señala un/a profesional. Y se añade “así también en la historia clínica de cada paciente”.

De los tres elementos (comunicación, confianza y confidencialidad) se habla en una de las respuestas como “una tríada si se me permite sagrada. Es decir que

marca la ética que corresponde, la adecuada. En tanto exista la posibilidad de interactuar entre los profesionales con dicho atravesamiento y llegar a acuerdos, esta tríada no me parece que pueda perjudicar”.

Entre las respuestas, varias mencionan la dificultad para la comunicación con la escasez de tiempo. Una señala “profunda no puede ser ya que en las sesiones de equipo no hay mucho tiempo, pero se intenta tener devoluciones individuales con los psicólogos o educadores sociales.

Otra respuesta pormenoriza las tres y comenta que “todos los aspectos nombrados son importantes pero sobre todo la confianza y la confidencialidad. [...] En la comunicación, se trata de contar aquello que puede ser beneficioso para la evolución del paciente pero sin desvelar detalles innecesarios. [...] La confianza es un aspecto que ayuda en la relación con el paciente pero que con el equipo interdisciplinario no es necesaria ya que puede inducir a traspasar algún límite. [...] La confidencialidad es fundamental respetar este límite ya que de ello depende la efectividad del tratamiento”.

Sobre dichos aspectos otro/a profesional resonde afirmativamente y anade que “existe una comunicación sincera entre los profesionales, siempre respetando el límite de la confidencialidad del paciente, no todo es compartido si no es necesario. [...] Se ha de comunicar aquello que es útil para el trabajo en equipo y preservando la intimidad del paciente. Las devoluciones han de ser claras y concisas, dejando claro que lo compartido no deberá salir del equipo de trabajo”.

Esa comunicación deseable parece existir en la mayoría de los casos y se reafirma la idea de que “en el equipo acostumbramos a poner toda la información en común con los demás profesionales, sin embargo, guardamos confidencialidad absoluta frente a los padres u otros pagadores del tratamiento”.

En el planteamiento de las preguntas se trata no solo de entender la importancia de los tres aspectos, sino de delimitarlos y visibilizar las relaciones entre ellos. En ese sentido la respuesta de un/a profesional señala que “los tres son beneficiosos mientras no exista riesgo para la persona y su avance en el tratamiento, en caso contrario sería perjudicial” y especifica que “debe seguir

existiendo la confidencialidad en cada disciplina. En el caso de que haya algo relevante que transmitir puede hacerse sin romperla. Si el tema es de gravedad considero que sí que hay que comunicarlo al equipo terapéutico para intervenir de manera efectiva”.

Yendo un poco más allá, otro/a profesional especifica la necesidad de “la comunicación fluida e individualizada, el análisis de informes concretos y la revisión de resultados según cada caso”. Y se expone señalando que “desde mi punto de vista, toda información que pueda facilitar una mejora en el/a paciente ha de ser tenida en cuenta y compartida con el resto del equipo; sin vulnerar la confianza y el compromiso de confidencialidad que sostiene el vínculo paciente-terapeuta”. Y afirma darse la comunicación en el equipo en el que trabajo, algo que para los elementos expuestos considera fundamental. Otro/a profesional también refuerza esa idea al señalar por su experiencia positiva al respecto que “sin buena comunicación y reconocimiento del valor de las distintas posiciones o miradas no es posible trabajar en equipo”.

Una vez más, los profesionales sitúan al paciente en el el foco de la mirada y sobre aspectos relativos a la protección de este, uno de ellos menciona “que se debería priorizar es la situación del paciente, para poder supeditar su mejoría y/o bienestar a los programas o áreas de intervención. También es importante saber discernir entre la información personal del paciente que puede influir en el trabajo de otros profesionales y la información confidencial que haya en cada área”.

Sin embargo, aproximadamente un 90 por ciento de las respuestas aluden a la falta del tiempo que se necesita para la necesaria comunicación. Na de ellas señala que “sí que existe una comunicación profunda pero el tiempo disponible para hacerla es limitado. Tengo una comunicación más fluida con el/la psicóloga, tratamos de mantener reuniones más frecuentes, pero es una iniciativa propia, no nos lo pide la institución”. Y al ampliar la mirada al equipo global señala que “nuestras reuniones de equipo son confidenciales, aun así se mantiene la confidencialidad de las sesiones de AT y de psicología. Solo llevaría información/preocupaciones más acerca de los pacientes que me parecieran en el interés de esa persona. También pienso bien cómo explicar el tema de una manera adecuada”.

Este último es de interés especial de la investigación pues ahonda en lo específico del arteterapia y el modo en que lo relativo a ella se diferencia del resto de disciplinas.

El profesional que ejerce su trabajo con un doble rol profesional, en este punto también se expone generosamente al compartir que desafortunadamente la comunicación, aún habiendo existido, “no siempre ha sido lo profunda, transparente y confiable que hubiera querido. ¿Las razones? Creo que no se llevó a cabo un trabajo previo y de fondo, de conocimiento mutuo (tanto a nivel personal como profesional), un trabajo básico para el establecimiento de confianza”. A este respecto se contemplarán más valoraciones en el nodo vínculo.

En sus respuestas además dicho/a profesional alude a “las posiciones de jerarquía profesional internalizadas por algunos miembros (en otras palabras, “la lucha por posiciones de poder”)” que en sus palabras “no jugaron a favor de la dinámica de equipo”. En último lugar también se refiere a la falta de tiempo para el desarrollo de encuentros y reuniones al que ya se ha referido el análisis anteriormente. Concluye así que “estas carencias y resistencias –no solucionadas y no explicitadas- obstaculizaron la verdadera interdisciplinariedad”.

Existe un punto importante del trabajo de la investigación que tiene que ver con la publicación de artículos, proyectos, resultados, etc. Uno/a de los profesionales se refiere en especificidad a lo relativo al rigor ético de los profesionales y señala que “se supone que los psicoterapeutas, arteterapeutas y demás profesionales del ámbito clínico, desde sus propias formaciones profesionales ya tienen claro que los aspectos que hacen referencia al paciente son del todo confidenciales y nunca han de salir del contexto de trabajo del equipo. Y si salieran de allí -por ejemplo cuando se prepara algún artículo, ponencia, exposición, etc. de tipo público-, siempre debería de guardarse confidencialidad – más o menos, según el caso y sus características- sobre algunos aspectos de la identidad y del proceso del paciente y por supuesto se ha de pedir autorización –al paciente, al equipo, a la institución...-“.

Sobre los paramétricos éticos otro/a entrevistado/a añade que se comparten aquellos aspectos “que conciernen a las normas de trabajo en equipo, el código ético de las instituciones y a los derechos y deberes de los “usuarios”. Y sobre la “triada” anteriormente señalada comenta que “depende mucho del caso particular: la confianza y comunicación es básica en una relación terapéutica, pero en un trabajo en equipo es flexible también el tema de la confidencialidad y la comunicación entre profesionales”.

Al igual que sobre las reuniones de trabajo los profesionales demandan la concreción y planificación de su desarrollo, considera uno/a de ellos que la comunicación es profunda y se trabaja en los espacios de supervisión. Así, señala que “la comunicación entre los profesionales suele ser profunda si trabajan juntos los casos. Si no se trabajan juntos los casos, la comunicación es menos profunda, excepto si se comparten espacios de supervisión. Cada profesional tiene su modo de hacer y de comprender y la comunicación profunda es difícil fuera de los espacios de supervisión”.

En cualquier caso, la comunicación ha de hacerse desde “el respeto, la humildad y la confianza en la profesionalidad de todos. Con el máximo respeto a la subjetividad e intimidad del paciente, así como la de los compañeros de trabajo”.

Otro testimonio refuerza esta idea y señala que “a pesar de las diferentes miradas dentro de un equipo lo primordial es el respeto. El encuadre de trabajo en los distintos tratamientos procede de los profesionales que lo llevan a cabo. Creo que favorecer la comunicación dentro del equipo y el trabajo transdisciplinar pueden ser factores que eviten la perturbación de la diferencia”. Este/ profesional entiende su valoración desde un contexto muy concreto y afirma existir “una comunicación profunda siendo parte del encuadre de hospital de día, se incorporan en las reuniones de equipo siempre y cuando se considera necesario. En ocasiones ha sido detector/a de situaciones en las que existía riesgo vital”.

Y en conclusión una vez más el paciente aparece y se señala que “toda la información que manejamos y tienen que ver con la vida e historia de un paciente debe ser tratada con respeto. Para hacer una visión integral del paciente es importante que no existan censuras en la comunicación del equipo terapéutico. El

uso de la información que manejamos debe limitarse a la aportación constructiva para el abordaje de los pacientes”.

Todos los aspectos hasta ahora descritos redundan en una buena praxis, lo que refuerza la idea de que aún existiendo una fuerte precariedad en la situación laboral de los arteterapeutas, el compromiso de estos/as es elevado y prima las necesidades del pacientes. Quizas sea la humildad la que les empuja a ese sostenimiento complejo, difícil de sobrellevar por muchos/as otros/as que han de abandonar la profesión por no creer posible desarrollarse profesionalmente como tal.

Para la buena praxis mencionada, señala una respuesta que “los límites entre los tres conceptos son los marcados y acogidos por el código ético de la profesión y la normativa de cada centro.”

De cómo se valora si se está logrando el avance, basado como puede extraerse en conclusiones de la puesta en juego de todos estos elementos, un/a profesional señala que una forma de hacero es “contrastando impresiones con mis compañeros/as en ocasiones he modificado parte de la intervención para optimizar, o al contrario, para no conducir a través de la propuesta a una situación delicada (descompensaciones, ansiedad, etc.)”.

Igualmente, sobre como se ha de regular la cantidad de información, si esta ha de darse entre todos/as los profesionales o no, un/a de ellos señala que resulta necesario partir de “objetivos consensuados para el caso, y la comunicación fluida sobre el proceso que lleva cada uno con el caso. Compartir logros y dificultades”. Repite la idea del “respeto en general, avisar sobre aspectos sensibles de un caso que puedan perjudicar especialmente si se revelan al paciente o familiares”. Y profundiza en la idea de que “hay cuestiones que se pueden hablar en una reunión de coordinación pero otras se tiene que reservar a dos profesionales más implicados en un caso. En la Historia clínica se puede encriptar algunas informaciones”.

Aparece en el discurso de un/a de los profesionales por primera vez lo relativo a la **comunicación sobre las producciones artísticas**, sobre lo que serán posteriormente preguntados. Según la experiencia del/la profesional, “considero que en el equipo en el que trabajo, hay una comunicación profunda y fluida sobre todos estos aspectos. Las distintas miradas son valoradas y reconocidas por el resto de profesionales”. Pero alude la complejidad de la cuestión cuando menciona que los/as participantes de los grupos “conocen la comunicación entre las distintas profesionales sobre las cuestiones que acontecen en las distintas sesiones”. En pro de proteger y velar de nuevo por el/a paciente, matiza que intenta “mantener cierta confidencialidad, sobre todo a la hora de mostrar los trabajos artísticos o de dar muchos detalles sobre lo acontecido. Más bien, me limito a comentar aspectos generales que considero pueden facilitar el abordaje integral o algún aspecto concreto que se está dando en otros espacios”.

En opinión de la investigadora sentencia una de las claves del entramado cuando concluye “considero que los límites han de tener en cuenta qué aportará al equipo y por tanto, al paciente, lo que transmitimos”.

Uno de los grandes miedos tiene que ver con la interpretación que a menudo otros profesionales tratan de hacer de dichas producciones. Y señala un/a profesional en base a su experiencia que “después de muchos años, he comprendido que esa fascinación por interpretar la producción de los pacientes (digo, esa tendencia interpretativa), parece como natural y a esta altura sólo la escucho, pienso que si a los otros profesionales les ayuda también interpretarlas, que lo sigan haciendo. Yo me limito a contar lo que cada autor ha dicho y ha hecho y cuanto de su subjetividad ha podido expresar”.

Cabe preguntarse hasta dónde permitir que esto ocurra puede provocar que siga ocurriendo, y hasta donde perpetuar esa actitud (los otros/as profesionales), puede ser una manera de no respetar el encuadre arteterapéutico.

En relación con el encuadre se señala además que “en ocasiones no respetan la intimidad e interrumpen en las sesiones, eso puede ser una diferencia, no acaban de entender la importancia del espacio reservado, pero esto sucede en casos muy

puntuales. Es un centro con mucho movimiento y se entiende que esto pueda suceder”. Sobre el encuadre se profundizará en el nodo correspondiente.

Retomando el hilo de la confidencialidad, otro/a de los profesionales señala la ineficacia de las comunicaciones entre profesionales cuando se dan en días, por ejemplo, en que parte de los profesionales no asisten. Esto se da en la realidad, así como aprovechar los tiempos en que el/la arteterapeuta está con el grupo, y todo el resto del equipo puede juntarse, para realizarlas. El/a profesional declara haber solicitado estar presente, pero no haberlo logrado por dificultades en la organización. Esto también le ha ocurrido a la investigadora en el desarrollo de las Etnografías presentes en el *Marco Empírico*.

Sin embargo, el mismo profesional se refiere a la confidencialidad como una fortaleza de la institución en la que trabaja. Y añade “confío plenamente en mis compañeros como buenos profesionales que son. En cuanto a los usuarios, les digo cuando sale el tema, que si sucede algo relevante que yo como miembro del equipo he de comentar [...] lo haré. Y siempre pensando en la evolución de cada uno de los usuarios”. E incluso, son los propios usuarios los que sacan el tema e incluso señala que han pedido “permiso para utilizar sus obras de arteterapia para expresar [...] cómo se encontraba” a otros miembros del equipo. Y otro/a profesional añade que “los propios pacientes hablan de sus obras y sus reflexiones con sus psicólogos o psiquiatras. Generalmente se observa una necesidad de la coordinación entre profesionales por el propio discurso del paciente”.

En otro de las respuestas se alude a una parte importante de los contenidos a comunicar y que no es solo sobre los pacientes. Relata que “a menudo hay que sortear algunas dificultades y diferencias que no tienen tanto que ver con el proceso del paciente sino con el proceso del propio profesional, que puede sentirse invadido en sus competencias”.

De todas las respuestas se desprende sobre el tema la necesidad de una cierta flexibilidad para el manejo de estos límites a lo que ayuda, en palabras de un/a arteterapeuta, “ dejar claro delante del equipo como concebimos nosotros la confidencialidad en las sesiones y al mismo tiempo pedir que esta confidencialidad

se extienda al resto del equipo”. Y el fin último, “preservar el vínculo con el paciente y el respeto por la elección que el mismo hace al compartir con unos u otros determinada información”.

Desde esa flexibilidad añade que “hay que ajustarse a la vivencia o la necesidad del momento. Crear también una manera de informar que se ajuste al máximo respeto pero que sea colaboradora con unos y otros profesionales en su labor de equipo”.

Otro/a de los entrevistados refuerza la idea de no totalidad en la comunicación y señala que “existe comunicación pero no profunda. Para mí no existe un intercambio total”. Y un/a profesional más alude a que “la falta de tiempo a menudo es la gran dificultad para la comunicación profunda”. Y en un caso en que sí se da dicha comunicación profunda, un/a profesional señala que “se debe a un trabajo de años y a la comprobación del resto del equipo del potencial terapéutico del arteterapia”.

Analizadas las respuestas en relación con los **informes** como elemento en que se materializa dicha comunicación, se encuentra que los resultados de arteterapia se incorporan en bastantes casos a ellos, “así también en la historia clínica de cada paciente”. Y otro/a profesional añade que los hallazgos se incorporan “incluso a los diagnósticos. Hasta el punto de ser tomados en cuenta para las derivaciones pertinentes”.

Preguntados por el valor de los resultados en arteterapia un/a profesional destaca que “no son determinantes ni insignificantes debido a que suman a los demás, no se toman de forma independiente”. Otro/a añade que “el trabajo derivado de los procesos arteterapéuticos y sus conclusiones, son valorados y quedan recogidos en el historial clínico del paciente, como parte de su tratamiento.

Como determinante para la investigación se destaca en opinión de un/o de los entrevistados que “los profesionales con los que trabajo habitualmente

entienden la coherencia entre el discurso verbal de los pacientes en las sesiones de psicoterapia y el discurso visual en las obras de arteterapia”. Sería entendido como indicador de buen pronóstico.

Si bien se ha señalado que todos los entrevistados/as indican que los resultados de los talleres de arteterapia se incorporan a los informes “a lo largo de todo el proceso de tratamiento” e incluso a los historiales y diagnósticos, un/a de ellos declara que “han sido determinantes, han permitido visiones nuevas e inéditas al equipo –más aun si las obras o expresiones de los pacientes han sido presentadas como ejemplos-. Esto último incluso ha sido formativo para los miembros del equipo que no conocían del todo el arteterapia, sus lenguajes y métodos”.

Un/a de los/as entrevistados se refiere a dos experiencias, el trabajo con adicciones y el trabajo con niños autistas. En el primer caso señala trabajar “considerando la anamnesis del paciente, que es proporcionada por el centro”. En el trabajo con niños autistas se pide al/la profesional la elaboración de “una pauta de evaluación, un programa de intervención y finalmente informes al finalizar el curso escolar”, para los que el/la profesional dice contar con “los informes que realiza la psicopedagoga del centro y para la evaluación e informes finales trabajo a partir de unas tablas que elaboré desde las investigaciones de Rutter-Saris y Evans”.

De este último testimonio se extrae la conclusión de que los/as arteterapeutas son completamente activos en su desarrollo profesional, trabajando en herramientas de evaluación específica en arteterapia.

Sobre si a los informes se incorporan las imágenes de las obras, algo a lo que se volverá más adelante, un/o de los entrevistados responde que “cada paciente tiene un archivo informático con sus trabajos que es confidencial pero que se puede consultar en la sesión clínica. No se puede incorporar de momento a la Historia general del paciente porque el programa informático no lo admite, pero si incorporo datos descriptivos”.

Se concluye el apartado con un testimonio alentador “en mi caso así es. La voz del arteterapeuta es tenida en cuenta como una aportación más para la toma de decisiones”.

Analizando las respuestas sobre la **integración del arteterapia** conviene comenzar esta reflexión con una dosis de realidad motivadora pues en general, los profesionales sienten que se da una buena acogida en las instituciones de salud mental hacia la disciplina. Sin embargo, y esta es la contraparte, “todavía no es fácil su disposición presupuestaria para ello”.

Un/o de los/as arteterapeutas refiere su experiencia de integración y desarrollo de un proyecto de arteterapia (a nivel internacional) en un Hospital de Día desde 1997 y se refiere a él como “un espacio que ha ido construyéndose no sólo hacia los pacientes sino hacia dentro del Equipo”. Dice entender que el arteterapia como modo de intervención ha tenido una buena recepción que se vio favorecida por el compromiso adquirido por el equipo en “reconocer también el significado que este lugar adquiere para los pacientes”, compromiso del que el devenir positivo del proyecto es fruto.

Es de hecho en las reuniones de equipo en las que este/a profesional puede ir conociendo (así como el resto de integrantes) “los aspectos diagnósticos (DSM IV, CEI 9, siempre como diagnóstico presuntivo) de los pacientes”; sin embargo, especifica que al concretar la pauta o consigna a plantear de forma específica desde arteterapia, valora otros aspectos como “la interacción social” y los “intereses que puedan plantearse como emergentes”. En ese equilibrio se posiciona el/la arteterapeuta, ateniéndose al planteamiento del equipo y brindando información sobre “lo que los pacientes hacen o cómo lo hacen, en relación a la propuesta del Taller, a sus comentarios, a los diálogos espontáneos con los otros”.

Es muy clara (y frecuente) la afirmación de que “para los arteterapeutas es un logro el trabajar con salud mental”. Es parte de la realidad que “no son tantas las experiencias que existen si las comparamos con las que existen en el ámbito

social o educativo”. Y sobre el conocimiento o desconocimiento sobre ella añade que “para el resto de profesionales es una incógnita mal entendida, en ciertos casos, por los casos de intrusismo. Pero una vez que se conoce el hacer es un trabajo demandado por la oportunidad que brinda al equipo”.

Surge ahora la pregunta: ¿qué elementos acercan o alejan a los profesionales? Múltiples respuestas aparecen y rescatamos aquella que señala “mi mirada se acerca cuando se trata la posibilidad. Se aleja en la medida que siento que en ocasiones los diagnósticos limitan y ciertas profesiones trabajan muy cerca de los diagnósticos”. Y se refiere a las instituciones argentina cuando dice que “en general existe una apertura en construcción hacia los espacios arteterapéuticos, a veces con mucha resistencia también”.

Otro/a de los profesionales se refiere a su experiencia de integración en un centro educativo con una valoración positiva y señala que en su caso, “las diferencias pueden convertirse en una dificultad, pero en general es más el apoyo que recibo y las aportaciones positivas de los profesionales con los que trabajo”. Y de forma generosa ejemplifica tal situación explicando el apoyo explícito del equipo directivo al proyecto, en sus palabras “desde su raíz”, por lo que “el diseño se ejecuta en la colaboración de todo el equipo educativo, teniendo en cuenta las necesidades de los niños/as y del centro, y por último, se desarrolla siempre desde una colaboración activa, lo que facilita enormemente mi trabajo y hace que los resultados sean aun más visibles”.

Una vez más emerge del discurso la importancia de la visibilización del trabajo y de los resultados. In embargo, respecto de otra experiencia en un contexto educativo, un/a profesional señala que “fue muy difícil (prácticamente imposible) establecer otro tipo de encuadre en un espacio en el que los niños tenían ya muy asimiladas ciertas dinámicas y normas”. Se refiere a un modelo educativo y por tanto encuadre no terapéutico.

Un/a arteterapeuta responde con riueza en función de tres espacios diferenciados, de carácter privado y asociativo. En todos ellos dice haber “diseñado un programa de intervención y lo he llevado a cabo sin tener que adecuarme a

unas pautas ya dadas. En todos estos casos la prioridad de intervención ha sido las necesidades emocionales del colectivo o la persona con la que se trabaja”. Pero reflexiona y añade creer que “en otros contextos más institucionalizados como la sanidad o entidades sociales públicas los profesionales deben someterse a unos requisitos temporales o ideológicos establecidos para todos los usuarios”, diferente a su caso.

De un elevado porcentaje de respuestas se extrae que el esfuerzo por adaptarse en coral, y señala un/a arteterapeuta que “todos hacemos esfuerzos por adaptarnos a la creación del conjunto. Lo importante es adaptarse para la construcción del todo”. Pero en gran medida termina por depender de la naturaleza de cada centro y de los profesionales en él integrados, y como señala un/a arteterapeuta de “la importancia que den a trabajar en equipo. Pero en conjunto creo que es rica la convivencia”.

Sobre el nivel de integración señala otra respuesta que “supongo que si conectaría más con los diferentes compañeros que tengo en el equipo multidisciplinar en cuanto a su forma de entender la psicoterapia, todo podría ser más fácil...o quizás más productivo, es la palabra”. Pero amplía y concreta que “trabajo con las personas, con la relación que construimos entre nosotros ya sea un paciente o un compañero trabajador; y no con modelos de psicoterapia”.

En el caso de un/a de los entrevistados con perfiles duales, parece evidente que su mayor permanencia en el centro desde diferentes roles que no tienen el mismo grado de integración en el centro, le permite “tener la distancia adecuada para poder observar con más objetividad lo qué ocurre. parte que me puedo desapegar más fácilmente de las sesiones y las dinámicas relacionales que son a menudo tóxicas”. Define su posición en “algo así como estar “en medio”. Y es una posición que me gusta. Podría decir que sirvo de “puente”, de mediador. Entre lo interno y lo externo”. Sin embargo señala estar poco aprovechada esa coyuntura.

De los elementos que favorecen la integración se señalan “el vínculo profesional, el respeto de los casos, la mirada única hacia el tratamiento y la creencia de estar en una misma dirección”. Entre las dificultades, un/a de los profesionales comparte su experiencia describiendo una experiencia en relación al

posicionamiento teórico-metodológico del/la arteterapeuta. Se refiere así a que el “caso que más dificultades hubo para coordinar y plantear objetivos fue con los profesionales cognitivo conductuales por varios motivos: una estructura muy jerárquica, un sistema de trabajo que ya estaba implantado desde hacía años, una visión de la psicoterapia muy rígida, desconocimiento del funcionamiento del proceso arteterapéutico, etc.”. Pero completa la idea afirmando que “aun así fue posible llegar a unos acuerdos mínimos y todos estábamos satisfechos con los resultados de las pacientes”.

En lo relativo al análisis del nodo **interdisciplinar** encontramos algunas de las claves conceptuales reseñables para la comprensión de todo este entramado narrativo configurado a partir de las respuestas. Señala así un/a de los entrevistados que la interdisciplinariedad es considerada “como modelo incomparable. Entiendo que lo interdisciplinar permite que se produzcan multitransferencias y esto hace que los pacientes se enriquezcan cotidianamente, diariamente, como así también multitransferencias entre nosotros los profesionales”. Y señala un elemento fundamental cuando dice que “es una tarea que no es dada por ser un equipo multidisciplinario, sino que es una ardua tarea, que lleva tiempo cualitativo y cuantitativo”.

Lo interdisciplinar es referido en esta tesis como un vía de convivencia disciplinaria, es decir, entre disciplinas, y a su vez, una manera de realizar y desarrollar el trabajo. Así, “los puntos de encuentro con mis colegas psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, se encuentran en la atención a los mismos pacientes compartiendo objetivos que tomarán las formas de cada disciplina, haciendo de ello una tarea diferenciada”.

En parte, uno de los resultados del trabajo interdisciplinar es la modificación y adecuación del trabajo de cada una de las disciplinas, en ese camino que señala la vía más pertinente de mejora del paciente. Así, comenta un/a de los

entrevistados que “muchas veces he modificado consignas, para lograr mayor interacción grupal, por ejemplo”.

Es de especial interés para el análisis de este nodo, la valoración desde alguno de los perfiles duales entrevistados. Un/a de ellos señala que “siempre he mantenido esta concepción. He diferenciado muy bien la terapia ocupacional de la psicoterapia. Los profesionales con los que he compartido mis experiencias, tanto psicoanalistas, como terapeutas, psiquiatras, psicólogos o educadores, me lo han confirmado. Se realiza una intervención distinta en un ámbito interdisciplinario en el que trabajo”.

Por naturaleza, la convivencia entre diferentes disciplinas convoca a eso mismo, a la diferencia, a lo diverso y a los múltiples que genera una nueva forma del todo. Un/a de los profesionales señala que “las diferencias son un beneficio ya que le dan identidad a la disciplina de arteterapia. Las similitudes, como el encuadre o el enfoque, también considero que son beneficiosas ya que el resto de disciplinas tienen un amplio reconocimiento histórico que han probado su eficacia. De alguna manera, arteterapia está sustentada por la psicología, las ciencias sociales y las artes, entre otras, por tanto, no resulta difícil planificar la intervención”. En su opinión, “no deberían ofrecer desventajas ya que se hace un trabajo interdisciplinar”.

Otro/a testimonio nos confirma ser “fundamental”. Y sobre la salud mental especifica que “es un ámbito que necesita ese modelo de intervención ya que necesitan de educadores sociales, psicólogos, psiquiatras, médicos, arteterapeutas, etc.”.

Se pregunta a las/os entrevistados sobre lo necesario para que se de un verdadero trabajo interdisciplinar y el modo en que esto beneficia el proceso de mejora de los pacientes. Entre las respuestas encontradas podemos concluir que es necesario “sobre todo que haya una buena comunicación entre el equipo: reuniones, feedbacks, confidencialidad, con el objetivo de conseguir una mejora equilibrada y compensada en el paciente. En todos los tratamientos influye mucho la voluntariedad del paciente, pero sobre todo, que haya una buena coordinación del equipo de profesionales”.

Para adaptarse a una clínica heterogénea se espera por tanto que el/la arteterapeuta sea flexible. Da muestra de ello un/a de los informantes al señalar que “desde los inicios de mi formación como arteterapeuta de orientación psicodinámica, he ido nutriendo mis conocimientos y ampliando mis “herramientas” terapéuticas, gracias a la experiencia vivida con los pacientes y al intercambio con otros profesionales del campo de la educación, medicina, psicología, psicoterapia, arteterapia y arte”. De esta manera concluye que el trabajo interdisciplinar “es básico y necesario. Teniendo en cuenta que trabajamos para el bien de la persona que nos preocupa, se trata de un hecho indispensable”.

Lo define así otro/s de los entrevistados/as: “considero que es el trabajo de varios profesionales con formaciones y herramientas diversas hacia la consecución de un mismo fin, en este caso, la salud y mejora de la persona”. Y añade que en él “influye positivamente el tipo de vínculo que se establece con cada profesional y el que haya varios profesionales con los que vincular y que cada uno tenga un nivel de exigencia determinado y hacia una dirección. Unos objetivos diversos y una metodología acorde a sus principios teóricos”.

Se observa poco a poco como todas las piezas del puzle o espacios de esa misma cartografía se van construyendo. Sobre la relación vincular que ya emerge del discurso serán preguntados más específicamente.

Sobre su experiencia señala otro/a profesional que en el caso de una Comunidad Terapéutica, basada en distintas disciplinas y enfoques, “resultó muy positivo ya que, en cada terapia se utilizaba un modelo diferente y esto daba a los pacientes la posibilidad de obtener distintas herramientas y recursos para afrontar su problemática”. Y lo define como “el trabajo en equipo formado por profesionales de distintas disciplinas terapéuticas. Puede desarrollarse cada terapia de forma independiente pero estableciendo una relación entre ellas” y de forma coordinada “entre las distintas intervenciones terapéuticas, seguimiento y evaluación conjunta entre las distintas áreas, etc.”.

El Equipo interdisciplinar es percibido a su vez por el paciente que ha de comprenderlo como un elemento de seguridad y confianza y a ello, se refiere un7a

de los profesionales cuando dice que resulta significativo “el seguimiento, la intervención adecuada a las necesidades reales del paciente, la confianza del paciente ante la unidad del equipo terapéutico”.

Yendo más allá en la comprensión de las implicaciones del trabajo interdisciplinar, un/a arteterapeuta responde que “en alguna ocasión se ha realizado una actividad para apoyar a otra terapia. Por ejemplo, se propuso en arteterapia un trabajo de máscaras que después trabajaron en psicodrama”, o “en otra ocasión, un trabajo desarrollado en arteterapia despertó el interés de la psicóloga del centro, quien trabajó a partir de los relatos que cada paciente hizo de su producción”.

Por tanto, no se trata solo de la convivencia respetuosa entre disciplinas sino el modo en que estas se interrelacionan y se influyen potenciándose mutuamente.

En el caso de un perfil dual psiquiatra-arteterapeuta es muy señalada la afirmación de que “el encuentro con otros profesionales de distinta disciplina, me ha hecho reflexionar sobre el rol farmacológico en el tratamiento de estas personas y la influencia que éste ejerce en su “estar” en la vida; “cansada”, “mareada”, “con sueño”... pero también “relajada”, “tranquila”, “conectada”, ... Éstos son circunstancias que también se ponen a trabajar en las sesiones, ya que en la mayoría de los casos, serán aspectos con los que tendrán que aprender a convivir”.

Preguntado/a por su definición concluye que “la interdisciplinariedad una tarea imprescindible en salud mental porque tiene en cuenta los aspectos bio-psico-sociales esenciales para los/as pacientes y sus necesidades, permitiendo la coordinación de distintos recursos.

De manera directa el trabajo interdisciplinar se conecta con el nodo comunicación, base de esta metodología de trabajo. “Considero que un ambiente de colaboración, respetando las distintas competencias profesionales de cada uno de los miembros, favorece el intercambio de opiniones e ideas dentro del equipo, promoviendo un auténtico y útil trabajo interdisciplinar”. Se extrae de estas

palabras de un/a entrevistado/a que la comunicación es necesaria para que se desarrolle el trabajo interdisciplinar.

Y fruto de la comunicación es “la constante interacción con otros profesionales hace que me cuestione una y otra vez el trabajo que desarrollamos durante las sesiones. Por otro lado, me alegra comprobar que la mirada arteterapéutica se va haciendo notar, poco a poco, en el resto del equipo”. Esa confluencia de miradas es la denominada interdisciplinariedad, en palabras de otro/a arteterapeuta “muy necesaria para tener una visión más completa y profunda del paciente, pudiendo lograr que varios aspectos de su vida estén coordinados hacia un mismo objetivo”. Esta opinión es apoyada por el testimonio de otro/a profesional cuando afirma que “si un equipo interdisciplinar funciona adecuadamente, el paciente puede trabajar un ámbito diferente de su vida con cada profesional, sin malgastar energía repitiendo un mismo abordaje con dos profesionales, ni verse confundido por estar recibiendo tratamientos contradictorios entre sí. Además cada profesional tiene una información muy valiosa que si se comparte y se analiza como datos interrelacionados, se puede llegar a comprender al usuario de un modo más profundo”.

Se confirma que dicha metodología de trabajo requiere de un desarrollo a través de “reuniones periódicas, confianza en la profesionalidad de las personas que forman el equipo, compartir la información adecuada sobre el usuario, contrastar habitualmente las observaciones de los diferentes profesionales y evaluación de resultados”. Sin embargo, comprendiendo al equipo como un entramado humano, es difícil predecir que en el cumplimiento de esos parámetros se obtega el buen funcionamiento del mismo. Así, añade el/la entrevistado que “en todos los equipos hay una parte que depende de lo personal, por lo que no creo que haya un método general para el funcionamiento de todos los grupos interdisciplinarios. Cada equipo debe encontrar un sistema de trabajo eficaz”.

Otro/a arteterapeuta señala: “creo que es fundamental el trabajo en el equipo, las visiones de los diferentes profesionales de las otras disciplinas siempre han enriquecido la visión que pueda tener de los casos en las sesiones de arteterapia. Creo que en algún momento todos los miembros del equipo nos hemos

beneficiado de explicar casos difíciles y hemos podido ayudar. Ha sido un intercambio y hemos aprendido de las diferentes disciplinas”. Y de nuevo, apoyando la tesis señalada en el párrafo anterior, añade que “hay que cuidar las relaciones interpersonales con el equipo, saber escuchar y también expresar”.

En otro/a de los testimonios se recoge que la interdisciplinariedad es “esencial para un trabajo serio y con rigor”, que requiere de “programación, escucha, feedback y objetivos comunes”. Y aporta “el diseño común, el conocimiento desde distintos puntos de vista de los pacientes, la versatilidad de propuestas que enriquecen la intervención”. Concluye diciendo que “por supuesto, creo que la interdisciplinariedad se basa en la adaptación desde distintos puntos de vista desarrollando un proyecto activo y dinámico que se enriquece con la mirada de todos”.

Como puede desprenderse de las respuestas, la similitud en la comprensión de la interdisciplinariedad y su aporte es frecuente. Así como esa idea de una mirada completa hacia los pacientes que el trabajo en equipo brinda, lo que le beneficia en el proceso personal. Un/a profesional señala que “la entiendo como las diversas caras de un prisma, siendo que todas pertenecen a un mismo prisma. El corazón del espíritu interdisciplinario ha de ser el interés por el paciente y su salud. Si esta no es la prioridad y otros intereses o factores se interponen, la interdisciplinariedad verdadera no se puede dar”.

¿Qué puede asegurar un verdadero trabajo interdisciplinar en un equipo? “Que los profesionales implicados se presenten mutuamente, así como que presenten el tipo de trabajo y abordaje teórico-metodológico que desarrollan. Que estos profesionales se conozcan, se reúnan regularmente y que se establezca una cierta igualdad de posición entre ellos. Que los aspectos conscientes y los subyacentes (o inconscientes) puedan ser tratados con apertura y confianza. Si todo esto no se da, es difícil que exista un verdadero trabajo interdisciplinar”. Su principal objetivo es, en palabras de un/a informante, “ser capaces de obtener una visión global del caso a partir de las diferentes visiones manifestadas por los miembros de un equipo. Lograr un camino de intervención más o menos compartido. Que se pueda dar una comunicación honesta entre unos y otros

profesionales. Lograr el establecimiento de una confianza mutua. Realizar encuentros interdisciplinarios de seguimiento y/o supervisión de los casos, etc.”.

Pero el tiempo dedicado al cuidado del cumplimiento de todos estos aspectos, y de por qué pueden estar siendo obstaculizados, se dedica en tiempo “desafortunadamente una parte mínima, a veces casi inexistente”. Según un/a arteterapeuta entrevistado “mi insistencia en abordar este aspecto en diversos equipos de intervención ha sido poco escuchada. Además, si el equipo es explícitamente terapéutico, esta revisión ha de ser una condición indispensable. Pero la realidad es otra en muchos equipos. Si este aspecto no se aborda con apertura y honestidad, si no se integra en el proceso, el trabajo interdisciplinario se convierte en una especie de “escenificación teatral” en la cual los miembros del equipo se pueden convertir en una suerte de “actores y actrices”. Esto le resta alma y autenticidad al equipo y a su intervención, los hace menos efectivos y creíbles como grupo o sistema”. Se refiere este aspecto a la necesidad de la supervisión de los equipos.

Una vez más emerge del discurso la necesidad de respeto mutuo en el trabajo en equipo. Así señala un/a profesional que “creo que a pesar de las diferentes miradas dentro de un equipo lo primordial es el respeto. El encuadre de trabajo en los distintos tratamientos procede de los profesionales que lo llevan a cabo. Creo que favorecer la comunicación dentro del equipo y el trabajo transdisciplinar pueden ser factores que eviten la perturbación de la diferencia”. Su entendimiento del trabajo interdisciplinar es “el intercambio de diferentes saberes desde distintas disciplinas persiguiendo objetivos comunes”. Y comparte su experiencia en “equipos transdisciplinarios que permiten la participación de los miembros del equipo desde la horizontalidad, dejando espacio para que fluya la creatividad de los miembros hacia un objetivo común”.

Son tan solo dos de los/as profesionales los que mencionan la transdisciplinariedad. En gran medida, responde a una formación específica en las bases del arteterapia transdisciplinar, pero no es el único caso.

Dicha forma de trabajo hace que el/a profesional considere “necesario e imprescindible el trabajo en red, que se establece en “la comunicación transparente; la creación de un programa de tratamiento individualizado creado a partir de las distintas disciplinas, el paciente y la familia; la participación del paciente activamente en su tratamiento, etc.”. De este modo se diseñan “los programas específicos de cada uno y los grupales en los que intervenimos todos los profesionales”.

Más contundente aún es otra de las respuestas que señala la interdisciplinariedad “como modelo incomparable”. Así señala que “entiendo que lo interdisciplinar permite que se produzcan multitransferencias y esto hace que los pacientes se enriquezcan cotidianamente, diariamente, como así también multitransferencias entre nosotros los profesionales”. Es una de las respuestas que más claramente señalan el beneficio directo en los menores (en su caso) del trabajo interdisciplinar. Señala que en su institución de trabajo “los distintos agentes sociales, trabajadoras sociales, educadoras, monitoras, etc. en la comunicación de los aspectos de los casos, los cambios y resultados del trabajo arteterapéutico, entienden que este modo de tratar consigue mejorar la vida de los menores”.

Desde su posición arteterapéutica otro/a de los entrevistados señala que “realmente no sé si ha sido una cuestión de variar o de evolucionar. En mi camino, ha sido más una cuestión de identificar al arteterapia como complemento de un “todo”, que sería el proceso del paciente/usuario. El encuentro con compañeros de otras disciplinas me ha permitido entender que es un aporte transversal”. Así otro/a arteterapeuta lo señala como “un eje enriquecedor y necesario en un proceso terapéutico completo e integral”.

Cabría preguntarse si la existencia de una base teórico-metodológica común, apoya a los profesionales en su estructura interdisciplinar. Una de las respuestas recoge que “evidentemente el respeto en la metodología de intervención de los profesionales compañeros, y el punto en común que venimos comentando, la existencia de un modelo dominante que nos haga caminar con un mismo sentido. La existencia de un hilo conductor o de un eje que de un sentido de

unión a un proceso terapéutico integral”. Otro/a añade sin embargo que “no especialmente porque tenemos claro la necesidad de coordinarnos, aunque siento que es más fácil con profesionales que tienen orientación dinámica”. Otro/a profesional añade “las similitudes en la perspectiva psicoanalítica nos permiten puntos de encuentro en la mirada terapéutica, las diferencias en el abordaje grupal/individual considero que en algunos momentos resultan una dificultad, no tanto a la hora de planificar o desarrollar mi intervención, sino más bien a la hora de transmitir al equipo mi abordaje. Sin embargo, esta diferencia me sirve en algunos momentos para comprender cómo los fenómenos grupales afectan a cada uno de los participantes del grupo y por tanto, para planificar intervenciones que en un momento dado pueden facilitar los procesos individuales”.

El fruto de este trabajo puede generar modificaciones en el diseño de las intervenciones. Así, un/a de los entrevistados afirma que “evidentemente contrastando impresiones con mis compañeros/as en ocasiones he modificado parte de la intervención para optimizar, o al contrario, para no conducir a través de la propuesta a una situación delicada (descompensaciones, ansiedad, etc.)”.

La mirada plural, en forma de prisma, antes señalada, se evidencia en la presentación de casos clínicos en el que “intervienen varios profesionales. En mi caso generalmente, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional. Puntualmente Trabajadora social, enfermera y auxiliares”. Incluso un/a de los entrevistados comparte una experiencia anterior en el ámbito de las drogodependencias en la que existía “un equipo que trabajaba así con orientación sistémica para analizar tanto al grupo de pacientes como a los profesionales”.

Sobre si en el equipo integral e interdisciplinar una u otra intervención tiene un mayor efecto que otra, lo importante en palabras de otro/a de los entrevistados es señalar que las aportaciones desde arteterapia “son relevantes en algún caso, pero no creo que ninguna intervención en general sea más o menos destacable en relación a las otras. Tanto cuando mejora o empeora el paciente. Salvo en algunos casos concretos, memorables”. Otro/a profesional añade que “los resultados, son de cada grupo. Cada experiencia grupal aumenta la experiencia profesional, pero no conlleva cambios bruscos, sino paulatinos en función de qué grupo trabajamos”.

Así, se instala la horizontalidad en la interrelación profesional, se evitan las jerarquías basadas en el poder y se prioriza el trabajo con los pacientes. Así señala una de las respuestas que “siempre se puede aprender de compañeros de profesión y de otros profesionales; en mi caso y en términos generales este intercambio ha sido hacia una mayor flexibilidad y apertura a diferentes propuestas escogiendo aquellos aspectos que he pensado podrían ser útiles en mi práctica clínica, y en función de cada caso particular”. De esta manera señala la interdisciplinariedad “como absolutamente necesaria”.

Un/a profesional arteterapeuta refuerza las ideas hasta aquí desarrolladas y las pone en relación con la complejidad de los casos en salud mental, que fueron señalados en el análisis de los nodos anteriores. El/la profesional señala que “al trabajar en equipo pienso que es más un beneficio a la hora de planificar una intervención terapéutica dentro de un plan terapéutico global, sobre todo en pacientes (casos/situaciones...) complejos”. Se da en el equipo “la metodología de cualquier trabajo en equipo, siendo esencial la coordinación entre diferentes profesionales y con otros servicios y un plan terapéutico y abordaje consensuado y susceptible de modificar en función de la evolución”. Según su experiencia

El/la profesional que trabaja en el ámbito educativo, señala que según su experiencia “los profesionales con los que intercambio visiones no trabajan desde una posición terapéutica sino educativa. Es fácil desarrollar mi intervención. No se discute sobre cómo es mi intervención. Hay más bien curiosidad por ver de esa forma de trabajo “terapéutico”. En la escuela, los profesores tienen sus propios objetivos, y no son terapéuticos. A veces hay un proceso de aceptación de cuáles son las funciones y realidad del trabajo del profesor”. En sus palabras, los profesores señalan que “no tenemos tiempo de acompañar a los alumnos como vosotros, [...] En nuestro trabajo no hay espacio para eso”.

Uno/a de los profesionales señala que el trabajo del equipo donde se integra “ha evolucionado hacia la arteterapia, es decir, contemplar la creación como una posibilidad muy adecuada para la terapia”. Como puntos de encuentro con los diferentes miembros de su equipo señala “la creación como herramienta terapéutica” y como diferencias, “la consideración biologicista y conductual”. Así

concluye que “las similitudes son un beneficio. Las diferencias, a veces un beneficio y, otras, una dificultad”. Y explicita que en su opinión, “la convivencia de varios modelos teóricos de intervención, creo que aporta caos y ninguna ventaja, ya que eso supone distintos modelos de comprensión del sujeto y sus avatares”.

Una nueva respuesta señala que “entiendo el abordaje multidisciplinar como algo enriquecedor y que genera aprendizaje mutuo. Las distintas miradas a la persona y el grupo, y la comunicación entre profesionales de cómo se van desarrollando las diferentes sesiones, aportan mucha información sobre en qué momento se encuentra la persona y cómo podemos acompañarla”. Una más apoya su mirada al señalar que “considero fundamental los espacios de encuentro en que las distintas profesionales pueden aportar al resto su mirada sobre la persona y su proceso. Estos espacios resultan también de gran importancia para compartir y trabajar qué movimientos transferenciales se nos ponen en juego y cómo abordarlos”.

Estos testimonios refuerzan una de las ideas que esta Tesis persigue, la de hacer conscientes a las instituciones de que han de hacerse cargo de la supervisión directa de los grupos y velar por la integración en igualdad de condiciones de sus miembros. Uno/a de los entrevistados señala al respecto que “dentro de la programación anual del equipo, se contempla la realización de supervisiones internas donde se da la oportunidad de revisar y reflexionar sobre estos roles dentro del equipo y sobre la propia práctica. Estas supervisiones están abiertas a todos los profesionales”.

Este mismo/a profesional, sobre su experiencia en una institución, un/a de los arteterapeutas señala elementos concretos del trabajo en equipo que no gozan de consenso pero a los que como profesional ha de adaptarse. Se refiere a aspectos normativos de la institución y a la obligatoriedad de asistencia al taller de arteterapia, algo que repite en varios testimonios y que no hace sentir cómodos a los/as arteterapeutas.

Resulta interesante añadir un aspecto metodológico que un/a profesional señala cuando se refiere a la direccionalidad. En sus palabras textuales “creo que la

característica fundamental del trabajo multidisciplinar puede ser la direccionalidad. Es necesario conocer los propios objetivos personales del paciente. Ayudarle a elaborarlos. Para ello es fundamental observar a este paciente desde cada uno de nuestros ámbitos y ponerlo en común”.

Uno más de los/as entrevistados confirma que “la interdisciplinariedad ayuda a la construcción de una red sólida por la que pueden transitar con más seguridad los pacientes y evidentemente aporta un saber mucho más construido y profundo sobre el mismo. Me parece imprescindible la riqueza de los puntos de vista”.

Sobre el diseño de objetivos para el equipo interdisciplinar un/a arteterapeuta aclara que “normalmente en el equipo los objetivos se marcan en las reuniones de equipo y desde el arteterapia trato de buscar objetivos acorde con las particularidades de cada persona, incidiendo en el enfoque más creativo y emocional del tratamiento, que suele fijar la atención en el abandono de las sustancias tóxicas y la prevención de recaídas”.

Y resulta de especial interés para aquellos arteterapeutas que provienen del campo artístico el modo en que la mirada clínica se forja y se conforma no solo en el proceso formativo, sino desde la práctica. Al respecto señala un/a arteterapeuta que “aunque siempre hay una parte que tiene que más que ver con como uno es, hay otras parte que varían o se completan. Supongo que para mí la parte que más ha cambiado es justo la mirada clínica. Yo como artística plástica es justo esa otra parte la que más necesitaba y la que he podido hacer crecer gracias a los profesionales con los que trabajo”. Completa su aportación señalando que “son factores que determinan más la intervención que la propia posición personal y al final todas las disciplinas coinciden en el rumbo que ha de tomarse”. Y concluye que “la diferencia de puntos de vista lo que hace es enriquecer la intervención. Lo que no puede ser abordado desde una disciplina se puede abordar desde otra. Pero creo que es más la planificación la que determina el posicionamiento”.

A su vez, este/a profesional confirma la idea del abordaje multidisciplinar en los caos más graves y se refiere a ella como “una manera de enfrentarse al paciente

desde diferentes perspectivas. Una manera de obtener información y asentar el trabajo. Una manera íntegra de trabajo”.

Del trabajo específico con menores ese evidencia en otra respuesta que “es gracias al trabajo interdisciplinar que hacemos, creemos que los casos son atendidos de la mejor manera posible. No sería posible extrapolar los cambios y mejoras en la salud de los menores si no fuera así”.

En palabras de otro/a profesional ayuda en el trabajo interdisciplinar “clarificar objetivos de base; estructurar las reuniones; elaborar propuestas de trabajo concretas y entender los campos de origen de cada disciplina”. A lo que otro/a arteterapeuta añade “las exposiciones específicas de cada perfil profesional, situando de qué base provienen cada uno, el vínculo profesional, el respeto de los casos, la mirada única hacia el tratamiento y la creencia de estar en una misma dirección”.

Señala otro/a de los entrevistados que “mi trayectoria personal ha ido consolidándose gracias a la práctica y a la supervisión. Entender desde la teoría me ha permitido entender mejor mis pacientes, pero la intervención ha venido marcada desde la práctica y la intuición, de lo que funciona y lo que no. La manera como otros compañeros han mirado las obras o han respondido en ciertas situaciones ha ido haciéndome crecer personalmente y todo lo que hago es fruto de las diversas cosas que he podido ir recibiendo”. Así, de nuevo, la interdisciplinariedad “es básica, es un ideal de trabajo ya que supone la mirada desde todos los prismas y las posibles intervenciones coordinadas seguro que enriquecen al paciente y mejoran los resultados”. Quizás sea por ello que se entiende la diferencia para el ceciente y se señala que “las diferencias siempre aportan, siempre hay puntos de encuentro que merece la pena pensar. Hay que estar abierto a lo que otros explican y hacen porque nada es bueno o malo, sino de todo un poco”.

En otra respuesta se matiza que “si hay el suficiente respeto, la convivencia con otras disciplinas puede ser muy buena porque no todos los pacientes responden igual y pueden necesitar intervenciones más concretas y prácticas,

basadas en modelos más observables desde la conducta”. Por todo ello y para todo ello, “la coordinación en el equipo ha de ser fundamental. Deben saber qué ofrece cada uno para poder solicitarlo cuando se crea conveniente. Por ejemplo, si un niño empieza un diagnóstico, se valora imprescindible empezar por logopedia y luego seguir con una terapia artística se habrá hecho un gran trabajo”.

Se concluye el análisis de estas respuestas señalando algo específico del ámbito de la salud mental para el que un/a profesional señala que “en el marco de la atención a la salud mental, como ya he dicho por su complejidad individual y sistémica es necesario un equipo interdisciplinar para la atención. Sin embargo el ensamblaje de ese equipo será decisivo para una buena intervención que devuelva una mirada unificada y no fragmentada al paciente de sí mismo”. Para ellos, serán necesarios “la concepción de un modelo que parta del paradigma bio-psico-social, el carácter vincular de la intervención, la atención sistémica tanto del paciente como de su red familiar, la fluidez de la información a nivel interdisciplinar y la constante evaluación y seguimiento de los casos por el equipo en su conjunto”.

Respecto del diseño de los **objetivos** de trabajo por parte del equipo, se analizan las repuestas como nodo.

En la mayoría de los casos estos se establecen en reuniones de equipo semanales o quincenales y algo fundamental, en “coordinación con el resto del equipo”. En las reuniones “se evalúan sus necesidades en equipo y teniendo en cuenta la opinión del paciente”. Por ello, “es fundamental que haya una revisión y planificación periódica de los objetivos y evolución de la intervención. Reuniones semanales y horizontalidad en la toma de decisiones”.

Sobre el tipo de objetivos, un/o de los profesionales indica que “influye positivamente el tipo de vínculo que se establece con cada profesional y el que haya varios profesionales con los que vincular y que cada uno tenga un nivel de exigencia determinado y hacia una dirección. Unos objetivos diversos y una metodología acorde a sus principios teóricos.”. Y que se establezcan objetivos “a

corto y medio plazo”, “a través de consenso del equipo terapéutico junto con el paciente”, consensuados con este y “los trabaja el terapeuta”, “caso por caso”, “compartiendo logros y dificultades”. Otro/a profesional añade “desde su anamnesis, desde su historia y su entorno actual. Individualmente, en función del paciente y sus necesidades”.

Otro/a de los arteterapeutas añade que en su experiencia estos “se organizan a partir del diagnóstico realizado por el psiquiatra y los aportes de los demás profesionales del centro, psicóloga, enfermero, terapeutas, etc.”. En la práctica, estos se desarrollan en diferentes momentos. Tal y como señala otro/a de los profesionales: “en un primer momento, se valoran las necesidades inmediatas del paciente, para poder atenderle de la manera más adecuada a sus circunstancias. Mientras, el equipo estudia y elabora un plan estratégico de acción terapéutica que contemple objetivos a alcanzar a más largo plazo.”

Sin embargo, esto no es así para todos los casos, uno/a de los profesionales realiza su trabajo en dos espacios diferenciados. En uno de ellos, es “el/la psiquiatra (quien) evalúa, diagnostica y diseña el tratamiento, las psicólogas y los arteterapeutas deciden unos objetivos más específicos a partir del criterio médico”. Y en el otro, “cada profesional establece unos objetivos concretos para cada caso y se contrasta el trabajo y los resultados periódicamente con el equipo para asegurarnos de que nuestras intervenciones no se influyen negativamente”.

Según otra de las experiencias se da la existencia de unos objetivos comunes que se comparten en la web del centro. Señala que “hay bastante confianza en cada área y hemos desarrollado unos objetivos generales desde cada disciplina que compartimos. [...] Los objetivos con cada paciente se hablan y se deciden con el paciente mismo al inicio de la intervención”.

En otro de los testimonios se describe mas en detalle el proceso de diseño de los objetivos. En su caso se lleva a cabo “a través de una presentación específica de lo que se conoce sobre el paciente, con todo el equipo presente. Los profesionales que tienen el conocimiento inicial de la derivación del caso, de su origen, son los que presentan. Se plantean unos primeros objetivos en conjunto.

Con posterioridad el paciente lleva a cabo unos primeros encuentros o sesiones con un/a psicoterapeuta y luego se decide cómo plantear la inclusión del arteterapia o de otra terapia complementaria. Los objetivos específicos se van planteando en diversas etapas”.

El diseño de los objetivos puede ser un foco de distorsión o disonancia en los equipos. Según la experiencia de un(a de los arteterapeutas “la mayor disonancia con la que me he encontrado ha sido con recordar que en una propuesta de arteterapia debe existir un objetivo terapéutico, no únicamente una propuesta de ejercicio artístico, de lo contrario se queda en un taller ocupacional lleno de producciones sin finalidad”.

Para los objetivos específicos de arteterapia, “en el ámbito del espacio arteterapéutico los elaboro, como parte de mi tarea en el centro”.

El/la profesional que trabaja en el ámbito educativo señala que “en la escuela, los profesores tienen sus propios objetivos, y no son terapéuticos. No nos marcamos objetivos comunes. Ellos como profesores tienen los suyos, yo como arteterapeuta los míos”.

Sobre qué objetivos plantea la intervención desde arteterapia, un/a de los profesionales contesta que “lo verdaderamente importante en nuestra experiencia es que los participantes transformen la forma de relacionarse entre ellos y consigo mismo, y que como resultado se produzca un nuevo escenario dónde el paciente se vea con la seguridad suficiente” para evitar su recaída. Sin embargo, este/a mismo profesional señala no formar parte de la elaboración de objetivos.

Otro de los/as entrevistados añade que “desde el arteterapia trato de buscar objetivos acorde con las particularidades de cada persona, incidiendo en el enfoque más creativo y emocional del tratamiento, que suele fijar la atención en el abandono de las sustancias tóxicas y la prevención de recaídas”.

Esta respuesta hace evidente la diferencia entre los objetivos que cada disciplina plantea. El/la profesional señala que “el arteterapia trabaja con la intención de procurar el desarrollo de la propia subjetividad para que sea la

persona quién pueda decidir hacia donde seguir evolucionando y aquellas cuestiones que debe modificar para ello”.

Aunque ya se han señalados muchos aspectos en relación a ellas, del análisis de las respuestas relacionadas con el nodo **reuniones**, se amplían aquí algunas posibilidades y consideración de estas para los arteterapeutas.

De ellas, un/a señala que “asistir a la reunión de equipo permite ir conociendo los aspectos diagnósticos de los pacientes, pero a la hora de plantear una consigna, valoro otras cuestiones como por ejemplo la interacción social, los intereses que puedan plantearse como emergentes. Poder encontrarnos sistemáticamente y mostrar que está pasando en cada espacio, poner en consideración los resultados de cada una de las intervenciones, discutir y conciliar, tratar de entender al otro profesional. Intensa Comunicación”.

Resultan para todos ellos fundamentales para que en palabras de una de las respuestas “haya una revisión y planificación periódica de los objetivos y evolución de la intervención. Reuniones semanales y horizontalidad en la toma de decisiones”. Y reafirma esta opinión otro/a profesional diciendo que “en muchas ocasiones las supervisiones y reuniones de equipo me han hecho ver o plantearme nuevas problemáticas o recursos en el paciente que yo no había tenido en cuenta, y en esos casos he tenido que replantearme la intervención para integrar lo hablado con otros profesionales”. De hecho, parece evidente que el desarrollo de estas reuniones favorece la seguridad de los pacientes. “El seguimiento de los casos en las reuniones de equipo permite un trabajo mucho más coherente. También cada disciplina tiene las pautas profesionales que sigue para abordar el caso”.

Y es importante señalar que en palabras de uno/a de los entrevistados son “las reuniones de equipo, la facilitación de acceso a informes y/o resultados en las distintas terapias que forman el proceso del paciente/usuario”

La huella del trabajo del equipo cabría recogerse en “una memoria anual de equipo. La historia clínica común”.

Y dado que se ha visto como fundamental su existencia, apoyar a los arteterapeutas profesionales en que logren que estas se den de forma sistematizada en sus centros, pues como señala uno/a de ellos “estamos tan inmersos en las diferentes tareas que presenta el día a día que no tenemos un tiempo y un espacio determinado para reunirnos los compañeros”.

En algunas respuestas ya ha salido como discurso emergente la importancia del **vínculo** entre los profesionales que conforman el equipo. Se analizan ahora las respuestas al nodo vínculo y se encuentra que la buena relación entre ellos “básicamente tiene que ver con el respeto que incluye una confianza mutua y en donde también se juegan cuestiones personales. Humanos sólo humanos”. Para el buen avance en la relación vincular se trata “sobre todo en una mutua confianza en el saber profesional aunque también considero importante la relación personal”.

Se trata así de entender dónde se produce el equilibrio en la relación. “Creo que se trata de una confianza que va más allá del vínculo personal y que se centra en los objetivos comunes”. Y añade otro/a profesional que “se trata de mutua confianza y valoración hacia la práctica del compañero, estar de acuerdo con la línea de intervención o buscar un punto de encuentro que permita trabajar en una misma dirección”. Uno/a más encuentra la respuesta en el equilibrio y señala “considero que se refiere al respeto y a la confianza profesional, a saber valorar lo que puede aportar el/la otro/a y qué puede aportar uno/a mismo/a”.

Un/a de los entrevistados se extiende en la respuesta para describir que “esta forma de colaboración conjunta me ha permitido conocer desde dónde trabajan los distintos profesionales que formamos este equipo y este conocimiento nos ha llevado a respetar y confiar en las competencias de cada uno. De otra forma, sería muy complicado poder trabajar juntos. Creo que para que haya una buena comunicación en un equipo es muy necesario que todos los profesionales

entiendan y respeten el trabajo de los demás de una forma horizontal y rizomática. El respeto debe ser tanto profesional como personal”.

Por ello, concluye que “se trata de una mutua confianza en el saber profesional y la relación personal. En el caso de arteterapia, ayuda mucho tener una buena relación con el/la psicóloga. También llevo muchos años en el equipo y conocen bien mi trabajo, por lo tanto tal vez no es tanto la disciplina de arteterapia que tenga el reconocimiento sino mi dedicación y empeño”.

Otros/as arteterapeutas se posicionan también en ese equilibrio. Uno de ellos dice “creo que un 50%. Es necesaria una buena comunicación basada en una buena relación personal, pero por otro lado creo que la confianza en las distintas posturas es esencial”. Y se reafirma esa posición en otro testimonio: “estoy de acuerdo en esa afirmación. Se trata de buscar –como ya he ido comentando antes– el mutuo saber profesional y también una relación personal. Si no hay un mínimo conocimiento mutuo sobre los enfoques y estilos de intervención, sobre su compatibilidad, si no hay confianza y fluidez personales, el trabajo se hace difícil”.

Añade otro/a informante que “creo que se trata de respetar las distintas disciplinas y actuar en coherencia con las decisiones del equipo. Esto a veces, supone conflictos que se deben abordar en las reuniones. Considero que debería ser obligatorio realizar terapia personal por cada uno de los profesionales que trabajan en salud mental”. Otro lo refuerza y añade que “siento necesario que cualquier profesional que trabaje en el ámbito de la salud debe de llevar un proceso terapéutico personal que le ayude a conocerse más para poder separar lo que le corresponde a él de lo que no, un proceso que nos da seguridad. Cuando nos sentimos seguros, sin miedo a perder algo al ceder en lo que opinamos, con confianza, los intereses personales van desapareciendo”.

Mientras que otro/a señala que “no sabría etiquetarla con exactitud. Evidentemente creo que es la confianza en la buena praxis, la ética, la colaboración y la comunicación entre los compañeros/as”.

Ninguno/a de ellos por tanto elimina la importancia de los aspectos personales de la relación profesional. Y yendo mas allá en lo crucial de esta, un/a

de los entrevistados señala que “creo que cuenta la confianza profesional, la manera de ser y al afinidad afectiva. El conocimiento de años de trabajo en conjunto.” Otro/a discrepa y lo matiza indicando que se trata “más de un vínculo profesional de confianza con un respeto personal adecuado”.

De alguna manera, el cuidado a lo personal se torna importante pero hay consenso absoluto en que la relación debe basarse “sobre todo en el respeto mutuo de cada una de las disciplinas, el tener claro que todos trabajamos para las personas, cada disciplina con sus especificidades, y todas necesarias. Son los objetivos educativos diferentes de los de arteterapia e igual de necesarios”. Por ello, de nuevo se hace necesario que existan “espacios de formación conjunta y, sobre todo, de supervisión conjunta; eso sí da la confianza profesional”.

Otro/a profesional lo refuerza y señala que “según mi experiencia, esta vinculación ha de darse en la mutua confianza del saber profesional. Cada una de las profesionales ha de tener una idea clara de qué objetivos persiguen el resto de profesionales y cómo los llevan a cabo. Esto resulta de vital importancia para poder dar valor al abordaje del otro, lo que tiene “ecos” en el valor que los pacientes dan a cada una de las profesionales y sus disciplinas”.

Un/o más añade “pienso en que todas las relaciones son dinámicas, tanto la profesional como la personal. Es decir, todo influye. Pero lo que tengo claro es que los usuarios están por encima de todas estas dinámicas; y en este sentido, la relación debe de ser totalmente profesional. Debemos poder separar el grano de la paja. La tarea que nos ha reunido [...] no es “hacer amigos”, es ayudar a otras personas”. E insiste en que “fundamentalmente la razón para vincularnos entre los miembros del equipo es profesional, la tarea que nos ha hecho reunirnos”.

Una respuesta más vuelve a la idea de “la suma de ambas cosas. Evidentemente en la relación personal dentro del ámbito laboral. Creo que hace referencia a la confianza. Una vez que todos los profesionales confían en el trabajo de los otros y se da un buen nivel de comunicación e intercambio”.

Respecto de las posibles disonancias entre los miembros del equipo “es necesario que los distintos perfiles profesionales mantengan vínculos de relación

profesional donde las diferencias sean parte de los beneficios acerca de lo que cada uno puede aportar y no como puntos de desunión. Cada perfil aporta un algo al caso que le es propio y que hará que crezca en la relación y escucha de los demás”.

Se concluye este apartado con la respuesta de un/a arteterapeuta que señala “es una pregunta con demasiadas respuestas posibles, pero podría decir que de forma central se debe a la existencia de coherencia y confluencia en el modelo de intervención y sin duda a la mutua confianza profesional”.

En relación con el **análisis de los datos** en el proceso de intervención se encuentran diferentes modos de abordarlo, más o menos sistematizados y en el menor de los casos vinculados a la investigación. En el caso de un testimonio internacional el/la arteterapeuta señala: “presentamos una vez cada 3 meses un Ateneo, donde presentamos un caso con el atravesamiento de todas las disciplinas, desde lo conceptual”. Y recuerda aspectos ya mencionados en anteriores apartados sobre el desarrollo de reuniones de equipo, análisis de informes concretos y la revisión individualizada de los casos.

Si refiere lo relativo a “los datos cuantificables como por ejemplo: tomar registro de la asistencia, realizar encuestas de satisfacción. Al inicio del tratamiento cada paciente pasa por una evaluación integral acerca de su estado: físico, anímico y cognitivo”.

Uno/a más añade el uso de “criterios de evaluación: observación cualitativa, registros de evolución escolar y/o sanitaria”. Y otro/a remite a la comunicación y transmisión oral de los resultados que es en su opinión “el método más favorable [...] aunque nos servimos de un cuaderno de equipo para transmitir información, lo más enriquecedor resultan las reuniones de equipo y la supervisiones internas.

En otra institución, el/la arteterapeuta señala no realizar “recogidas de datos sobre los resultados terapéuticos, más que a nivel de la subjetividad de cada profesional que es puesta en común y valorada por todo el equipo, dejando

constancia escrita por parte del Director Médico de dicha valoración. No obstante los datos objetivos son tenidos en cuenta como elementos de control de determinadas situaciones que pueden poner en peligro el éxito o la continuidad del tratamiento”.

La existencia de a supervisión favorece tal análisis, y a ello se refiere un/o de los entrevistados que “la supervisión que el/la psicóloga clínica hace al/la arteterapeuta al finalizar cada sesión, con asistencia de parte del equipo y las/los practicantes de arteterapia. Junto a esto, el registro informático que se realiza de todas las intervenciones y a las que tienen acceso todos los miembros del equipo”.

Sobre un ejemplo de análisis refiere un/a profesional que “nuestra práctica arteterapéutica, con sus resultados hasta el momento, ratifica día a día, y sobre todo en los menores, que la terapia a través del arte consigue aliviar el sufrimiento y construir un mundo mental entendible para el paciente. Le permite elaborar su realidad psíquica”.

Preguntados sobre la **triangulación**, los y las arteterapeutas encuentran mayores dificultades a la hora de responder. Una de las grandes dudas surge de entender la triangulación en la relación vincular arteterapéutica, y en el menor de los casos, asociarlo a un método sistematizado de validación. Tan solo aquellos/as arteterapeutas familiarizados con la investigación clínica, alcanzan a dar una respuesta acorde, en principio, a la pregunta formulada.

Sin embargo, eso no resta interés y validez a sus respuestas como portadoras de información significativa y que son recogidas en el siguiente apartado.

Entre las respuestas, un/a profesional señala que “prevalece el paradigma de que un paciente que “funciona” muy bien en el Taller de Arte terapia, pero que no manifiesta ningún otro avance, no puede sostenerse solamente por ello. En este sentido se evalúa todo lo que lo atraviesa”.

Otro/a de los entrevistados sí concreta una práctica más sistematizada en la que se elabora “una memoria con los datos cuantitativos (sesiones que acuden, ausencias, número de participantes) y resultados generales más cualitativos (actitud de los pacientes, estado de ánimo, episodios importantes que se han dado...); una devolución verbal con el/la psicólogo”, y señala que “todo seguimiento es positivo para el avance y desarrollo del proceso terapéutico” manteniéndose en el “paradigma de arteterapia”.

Una persona más señala ser “indispensable” y desarrollarla en “notas y registro de las sesiones. Sesiones clínicas semanales. Registro de las sesiones. Ayuda al profesional a no perder la visión integral del tratamiento a reafirmarse o redefinir y a valorar otras opciones”.

Sobre su pertinencia o no, un/a de los profesionales menciona que “es necesario para observar desde otro punto de vista los resultados del paciente o grupo de pacientes para atender a aspectos que se han podido entender de distinta forma o que han pasado desapercibidos por el/la arteterapeuta”. Todo ese trabajo de revisión se concreta según otro/a arteterapeuta en “la puesta en común de toda información pertinente recogida en el transcurso de los distintos procesos terapéuticos, la valoración de las necesidades de los/as pacientes y el reajuste de los planes de actuación si esto fuera preciso.

Parece que de nuevo, “el desarrollo de supervisiones, diarios de campo, reuniones y la opinión del propio paciente”, son instrumentos para la recogida y análisis de datos, así como para el desarrollo de la triangulación. Sin embargo, parece resultar costoso por la inversión de tiempo que implica en contextos institucionales que apretan mucho las agendas como favorecer el encuentro. Así un/a profesional señala que “consume bastante tiempo pero facilita el seguimiento de los casos y a lo largo permite recoger datos para investigar”. Y se justifica la necesidad en que “no es suficiente cuantificar la intervención, ya que hay muchos factores que no son cuantificables. Requiere de más datos cualitativos”.

De forma generosa, un/a arteterapeuta comparte su experiencia y relata que “a lo largo de los años yo he ido creando y desarrollando un método que llamo

“evaluación terapéutica”, en el cual recojo por escrito después de cada sesión aquello que fenomenológicamente (u “objetivamente”) ha sucedido, intercalando y añadiendo apreciaciones del todo subjetivas por mi parte. Estos registros escritos van conformando un “expediente evaluativo”, el cual en cualquier momento se puede consultar, tanto por mí como por los miembros del equipo que se acuerde que pueden acceder a él. Junto a esta recogida escrita del arteterapeuta, se encuentran las creaciones de tipo plástico o escrito (del paciente), las cuales a su vez conforman un “expediente artístico” que queda disponible para el arteterapeuta y el paciente en sus sesiones. Se puede acudir a estas obras artísticas y expresivas para exponer al equipo interdisciplinar como valiosa información en algunos momentos”.

Un/a entrevistado más señala que “tiene un gran valor, a mi juicio. El desarrollo de métodos de registro del proceso terapéutico –y arteterapéutico, en concreto- es fundamental para “medir” y sopesar cómo va el camino con el paciente. Tales métodos pueden ser exclusivos del arteterapeuta e individuales, pero también compartidos y valorados en equipo, lo cual puede suponer una gran riqueza”.

Un/a más señala que “la triangulación permite florecer el vínculo del paciente de forma no amenazadora”. Y se refuerza con la idea de que “es fundamental para el enriquecimiento y comprensión de los avances del proceso de cada paciente. Y para realizar una intervención lo más óptima posible”.

Solo un/a profesional se refiere a la obra como elemento presente e el proceso de triangulación. En sus palabras, “forma parte del proceso, como cualquier contenido terapéutico, pero al ser un contenido muchas veces en imágenes, fácilmente “visionable o visible”, se ha de encontrar un método que facilite el respeto a ese contenido”. Uno/a más añade que “si te refieres a la producción, se ha de integrar dentro del proceso general del paciente.

Uno/a de los profesionales con perfil dual señala que “en esta triangulación mi punto de vista es amplio debido a los dos roles que cumpla en la Comunidad, el de educador/a y el de arteterapeuta. Se incia que si bien “es lo que puede consolidar el equipo profesional e institucional” en alguno de los casos “esta

triangulación se da en cierto sentido (no oficialmente) y me parece sumamente práctica y necesaria”. Y uno más incluso afirma que “nunca hemos planteado esta cuestión así, creemos que todos los métodos son favorables y que depende del paciente y de sus necesidades”.

Para concluir el apartado un/a última respuesta señala que “la triangulación es uno de los procesos más importantes para poder incorporar al tercero, para poder incorporar y aceptar la realidad. Es un paso a la maduración y a salir de uno mismo”.

Respecto del **marco teórico-conceptual**, las respuestas son más extensas, aunque de nuevo en gran medida se ha ido abirdando en anteriores apartados/nodos. En general, la formación más compartida entre los arteterapeutas es de base psicoanalítica, pero hay profesionales con titulaciones por ejemplo en psicopedagogía. Entre las respuestas se destaca aquella que menciona que “ha sido muy importante conocer el ámbito y entender el lenguaje médico acerca de la enfermedad, los síntomas [...] además de los efectos secundarios de la medicación. Al inicio de la derivación me pasan una historial e informes del neurólogo. Luego realizo una primera entrevista con la persona para ampliar esta información y acerca de su demanda, su experiencia previa de terapia y su red de apoyo. En la entrevista inicial se decide con el paciente si es más adecuada una intervención individual o grupal”.

Otro/a respuesta añade elementos de entendimiento de su propia posición como arteterapeuta, diferenciada de la del resto del equipo. Señala que “utilizo, por una parte una base fenomenológica, física, visible o audible, sobre la cual tanto el paciente como yo, el arteterapeuta, podamos trabajar. Esto incluye la expresividad del paciente y los contenidos expresivos de sus obras y creaciones. Por otra parte, utilizo criterios receptivos sobre lo que el paciente dice: sus sentimientos, experiencias, problemáticas... desde él mismo, desde su propio “discurso”. Por último, empleo criterios subjetivos desde mí mismo (qué siento yo, cómo veo las

cosas, qué asociaciones, recuerdos, etc. me produce lo que dice el paciente, sus obras o elementos de expresión)... Todo esto conforma un “cóctel” variado y rico desde el cual se pueden hacer diferentes lecturas y seguimientos”.

Y aade que “en el ámbito de la salud mental podría ser necesario que intervengan varios modelos por diversas razones. Lo saludable para mí sería que un modelo no acaparara por completo o sometiera a otro, que se pudieran complementar. Si los modelos “objetivistas” o “cientificistas” predominaran, se tendrían que encontrar cauces y opciones para enriquecerlos y relativizarlos. Esta es una gran aportación que puede hacer el arteterapia, pues trabaja en buena medida con la subjetividad. Puede –y debe- hacer una aportación humana, humanista, de calidez y afectividad, además de estética, etc.”.

Se señalan además modelos enriquecidos con experiencias con otros profesionales como “en psicodrama lacaniano, pero también con intervenciones cognitivo-conductuales”. También, “el modelo imperante, actualmente es cognitivo-conductual y biologicista salvo excepciones, pero no siempre ha sido así. Se compensa con otros profesionales de orientación dinámica o humanista”. En palabras del/la entrevistado la base teórico-metodológica “influye totalmente, desde el tiempo que se le dedica al paciente, la cantidad de medicación o la valoración sintomática o más global de lo que le pasa a la persona”.

Otra de las respuestas describe su formación en arteterapia como aquella que “tenía como línea teórica el psicoanálisis, con Winnicott y Freud como principales referentes bibliográficos. En la práctica que sostengo, mi objetivo es facilitar las condiciones adecuadas para que las personas puedan experimentar con los materiales artísticos y el juego, para invitar posteriormente a expresar qué emociones ha movido esta experiencia y de qué manera puede relacionarse con el momento concreto en que se encuentra la persona”.

En opinión de la investigadora es fundamental mantener activo el propio proceso creador de la persona y tan solo una de las respuestas hace alusión expresa a ello como posicionamiento teórico-metodológica. Dice así que “la función del arteterapia es básicamente construir entre todos una relación nueva a través del arte y de nuestras propias interacciones. Por ello, es fundamental estar en

contacto con nuestro propio proceso de creación y continuar un proceso de terapia personal. Sin estas dos herramientas puestas al día, consideraría mi trabajo un fraude. Algo así como un político que habla de la crisis sin padecerla. Por consiguiente, todo modelo o psicoterapeuta que no entiende su trabajo de esta forma, se encontraría lejos de mi manera de entender la psicoterapia”.

Y una más específica que “mi intervención en salud mental está diseñada desde la psicotraumatología. Intervengo desde un proyecto específico para trabajar lo traumático en la psicosis”.

Atendiendo a elementos concretos de la **intervención** se aborda el global de la misma y lo relativo a la metodología. Dado que por mucho que se puedan presentar reticencias al diagnóstico, este es el que precede la llegada de los pacientes al espacio (por derivación), se señala la importancia de “estudiar y profundizar en los diagnósticos que te presentan así como en su etiología, situación social, situación familiar y antecedentes familiares”.

En una de las instituciones en las que trabaja un/a de los profesionales, especializada en trastorno de la conducta alimentaria, es el/a director especialista en la materia el que realiza las evaluaciones y presenta los casos inicialmente. Esto parece en sus palabras condicionar el diseño de la intervención en un inicio, sin embargo, “a medida que evoluciona el caso y todos los profesionales pueden formar una opinión sobre el caso, estas se valoran y tienen en cuenta a la hora de rediseñar y ajustar la intervención”.

Otro/a profesional indica que “en mi caso establezco la metodología en función de las necesidades individuales junto a las que detecto en el grupo, ya que, las sesiones que desarrollo son grupales”. Y uno más específica que “desde el arteterapia, las patologías me informan hasta dónde llega mi labor terapéutica. Cada profesional desarrolla un posible plan de actuación desde su campo, para integrarlo al conjunto de intervenciones propuestas. Revisada cada una de estas propuestas y adaptada al conjunto de tratamientos, se planifica una estrategia de

acción común, que se irá modificando y ajustando al paciente, según sean las necesidades de éste/a”.

Sobre quien supervisa la metodología de intervención en arteterapia, un/a profesional señala que en uno de los centros de trabajo es el/la psiquiatra y coordinador/a, mientras que en otro es cada profesional.

Emerge del discurso por primera vez la idea de la directividad o no directividad en el trabajo desde arteterapia. Un/a profesional señala que “suelo trabajar de manera no directiva, basando en lo que trae la persona o el grupo. No obstante se tienen que establecer unos límites claros para crear un encuadre seguro que facilita esta manera de trabajar, también unas pautas básicas que ofrecen estabilidad. La temporalización es muy importante también, marcar un periodo ‘de prueba’ al inicio y luego comentar con la persona acerca de su experiencia y si quiere seguir o no. Encuentro realizar alguna revisión periódica con intervenciones de larga duración de nuevo para reflexionar. También el final y conciencia de ello es muy importante”. Otra completa la idea indicando que “mi forma de intervenir es poco dirigida, suelo dejar bastante que el proceso fluya y suelo ser poco interpretativa, espero que el paciente se vaya dando cuenta de lo que le pasa, pero a veces he usado algunas cosas directivas, quizás más gestálticas, que me han servido para desbloquear algún aspecto concreto. La mirada más holística, de percibir al paciente como un ser dentro de un contexto social, familiar y cultural concreto, me ha permitido también dar miradas más amplias a lo que estaba sucediendo. Es como entender que no todo está y depende del paciente, sino que hay un cúmulo de situaciones y fuerzas que pueden influir en su estado”.

Un/a de los profesionales se refiere al ámbito específico del trabajo con menores y señala que “el principal criterio para entender y evaluar la patología es que la convivencia con los iguales no se vea alterada en un nivel de riesgo para la seguridad. Normalmente los casos extremos que conozco han sido tratados en hospital de día cuando la situación así lo ha requerido. Por otro lado, he abordado casos en los que la gestión de la ira y la expresión de emociones derivado de ello han sido el principal objetivo para plantear el proceso terapéutico”.

Para el diseño de la metodología de intervención señala que utiliza “por una parte una base fenomenológica, física, visible o audible, sobre la cual tanto el paciente como yo, el arteterapeuta, podemos trabajar. Esto incluye la expresividad del paciente y los contenidos expresivos de sus obras y creaciones. Por otra parte, utilizo criterios receptivos sobre lo que el paciente dice: sus sentimientos, experiencias, problemáticas... desde él mismo, desde su propio “discurso”. Por último, empleo criterios subjetivos desde mí mismo/a (qué siento yo, cómo veo las cosas, qué asociaciones, recuerdos, etc. me produce lo que dice el paciente, sus obras o elementos de expresión)... Todo esto conforma un “cóctel” variado y rico desde el cual se pueden hacer diferentes lecturas y seguimientos”.

En uno de los perfiles duales entrevistados señala el/la profesional que “como terapeuta ocupacional utilizo el modelo de ocupación humana de Kielhofner, para identificar intereses y explorar los distintos niveles del HACER. Como arteterapeuta utilizo la observación, los materiales plásticos, la escucha activa....la búsqueda y el encuentro con la historia del paciente. Como miembro del equipo trabajamos a través de un programa de tratamiento individualizado”.

Un/a profesional entrevistado señala que “es muy complejo responder sin extenderse mucho. Desde luego la salud mental en el abordaje arteterapéutico, la concibo como un gran desafío”. Y en otra de las respuestas se recoge una descripción más amplia en la que encontramos que “a partir de las primeras entrevistas y la información de la historia, de los profesionales etc. Se diseña un plan individual de intervención y se hace seguimiento”. Dicha metodología evoluciona como parte del propio proceso por lo que “los aspectos de intervención en arteterapia grupal, como en cualquier grupo, se han cambiado en función de la evolución (y plan terapéutico conjunto)”.

En general, es compartido que “la metodología de intervención se organiza de manera individual, cada profesional tiene libertad en su práctica, si bien está abierta la reflexión y el trabajo conjunto para las dificultades que surgen en la misma”.

En un contexto de intervención grupal, un/a arteterapeuta cuenta que “para realizar mis intervenciones me baso en lo que observo en el aquí y ahora de la sesión, en las relaciones entre los miembros del grupo. En los momentos en los que hay una conexión grupal potente con ese instante, no hay patología alguna, solamente personas reunidas con una tarea común. Es algo muy difícil de explicar con palabras. En el aquí y ahora no hay pasado, ni siquiera futuro. O el pasado, el presente y el futuro inmediato se encuentran abrazados. Mis propias intervenciones van dirigidas a intentar aprehender el momento en el que nos encontramos como grupo. El objetivo principal es ese en el aquí y ahora”.

Y se concretan aspectos relativos a la **metodología**, que son analizados como nodo entrelazado con el anterior. Al respecto un/a arteterapeuta declara que en su caso, “la metodología es la propia del arteterapia, en este terreno el equipo no decide “cómo se debe hacer”. Y añade que es “específica de cada área y profesional”. Uno/a más añade que “también elaborada por cada terapeuta”.

Otro/a de los profesionales indica que en su caso establece “la metodología en función de las necesidades individuales junto a las que detecto en el grupo, ya que, las sesiones que desarrollo son grupales”

De forma más detallada otro/a arteterapeuta comparte la metodología para la derivación y trabajo en arteterapia. Así explica que “el paciente primero mantiene encuentros con algunos profesionales: el/la trabajador/a social, el/la psiquiatra, un/a psicoterapeuta... Se recoge una primera información a través de estos encuentros y entrevistas. Luego cuenta con un primer proceso de sesiones exploratorias con un/a psicoterapeuta y después, en reunión de equipo se decide si el arteterapia puede complementar ese primer proceso. Si fuera así, se establece una derivación del/de la psicoterapeuta al arteterapeuta y éste entonces trabaja en solitario –aunque manteniendo reuniones periódicas con el equipo- durante un tiempo determinado y limitado”.

Al pensar en la propia metodología es inevitable para los/as arteterapeutas pensar en el “respeto en la metodología de intervención de los profesionales compañeros, y el punto en común que venimos comentando, la existencia de un modelo dominante que nos haga caminar con un mismo sentido”. De esta manera un/a profesional señala que “debo mantener mi perspectiva y respetar absolutamente la suya para que el intercambio sea posible”.

Otra/a “profesional señala que La metodología de intervención se organiza de manera individual, cada profesional tiene libertad en su práctica, si bien está abierta la reflexión y el trabajo conjunto para las dificultades que surgen en la misma. Igualmente en el consenso del equipo del que formo parte y dentro de mi espacio utilizo la metodología arteterapéutica”. Y en otra respuesta se añade que “también depende de cada paciente, aunque las bases son parecidas, entender al paciente y ayudarlo a su crecimiento”.

Un/a profesional más explica que “la metodología de intervención es amplia y se desarrolla entre la atención psiquiátrica, la atención de enfermería, la atención del/de la terapeuta ocupacional y una serie de espacios terapéuticos: terapia de grupo; individual, arteterapia y psicodrama”.

Analizadas las respuestas sobre el **modelo institucional** se señala que no solo puede ser interesante, sino necesario, la existencia y convivencia de diferentes modelos. Muchos aspectos, al igual que en los últimos epígrafes, ya han sido adelantados, pero conviene reafirmarlos aquí.

Al respecto, un/a entrevistado responde que “lo saludable para mí sería que un modelo no acaparara por completo o sometiera a otro, que se pudieran complementar. Si los modelos “objetivistas” o “cientificistas” predominaran, se tendrían que encontrar cauces y opciones para enriquecerlos y relativizarlos”.

Sobre el diseño de la intervención, el marco teórico-conceptual que sustenta la práctica para determinante. Uno/a de los entrevistados señala que “para realizar

mis intervenciones me baso en lo que observo en el aquí y ahora de la sesión, en las relaciones entre los miembros del grupo. [...]En el aquí y ahora no hay pasado, ni siquiera futuro. O el pasado, el presente y el futuro inmediato se encuentran abrazados. En el aquí y el ahora no hay estigma de enfermedad. Solamente personas humanas con diferentes limitaciones”. Otro/a señala que desde una mirada integradora “trabajo desde una orientación teórica sustentada en el psicoanálisis pero integro elementos que creo interesantes de todas cuantas disciplinas puedan ayudarme en el trabajo que realizo con los pacientes, finalidad última de mi trabajo”.

Incluso el proyecto, dentro de ese marco global, puede concretarse en lo específico del colectivo. Un/a profesional señala que “mi intervención en salud mental está diseñada desde la psicotraumatología. Intervengo desde un proyecto específico para trabajar lo traumático en la psicosis”.

Y añade la existencia de diferentes intervenciones en salud mental desde el arteterapia, no siempre en acuerdo entre ellas. Especifica que “muchas de ellas centran la intervención desde una posición puramente artística como espacio metafórico y otras como la mía que ven la posibilidad de realizar un trabajo elaborativo o resignificativo importante de la estructura de identidad”.

Sobre si el modelo influye un/a entrevistado señala que sí, “y que influye en un alto grado y positivamente. Creo que es una ventaja contar con varios modelos dentro de una misma institución, enriquece y completa el trabajo en equipo. En algunas ocasiones puedo encontrar diferencias en los enfoques de trabajo, pero con diálogo y escucha todo acaba encajando y enriqueciéndose”.

Y para otro/a “es fundamental el modelo desde el que se orienta el tratamiento, pudiendo este ser perjudicial y agravante o por el contrario, comprensivo e integrador de las necesidades de la persona”. E incorpora un sumario interesante de aspectos a los que cada modelo trata de dar respuesta: “el modelo médico favorece la supervivencia de las personas. El modelo psicodinámico tiene como objetivo la vida plena de las personas. El modelo sistémico ve a la persona como elemento de un sistema lo cual ayuda a comprender el modelo de pensamiento que puede haber generado la persona y

permite hacer grandes movimientos y sanar a más de una persona. El modelo cognitivo-conductual ofrece pautas de razonamiento y comportamiento que pueden ser beneficiosas cuando la persona es capaz de comprender el motivo de su comportamiento original”.

Ya se señaló anteriormente y cabe citar aquí la existencia de un modelo escolar-terapéutico con el apoyo del equipo directivo. En otro caso diferenciado “no solo los tratamientos se desarrollan bajo un modelo etiológico concreto, sino también el trato a estas personas se ve impregnado por una mirada determinada, influyendo todo ello en las posibles mejoras bio-psico-sociales que de este contexto se puedan derivar”.

Sobre la propia posición de un/a de los entrevistados, describe que comenzó su trabajo en prácticas en un modelo cuya orientación es cognitivo-conductual y actualmente trabaja en un centro donde la teoría de base es el humanismo. A su vez añade que está formándose en Terapia Familiar Sistémica y en Clínica psicoanalítica.

Dicho/a profesional relata que “en el único caso en el que un modelo externo afectó al abordaje arteterapéutico fue cuando unos profesionales cognitivo- conductuales nos pidieron a los arteterapeutas que censurásemos ciertas reflexiones o expresiones que las pacientes integraban en sus obras. En el resto de ocasiones no he tenido ningún problema al colaborar con profesionales de otras corrientes”.

Otro/a arteterapeuta relata que “en nuestro centro en el área de psicología y arteterapia trabajamos desde lo psico-dinámico y lo sistémico. No obstante esto ha sido la influencia de la formación que tenemos el/la psicóloga y yo. He trabajado en un equipo de psicólogos de diferentes modelos y tener un rango de modelos era efectivo según el perfil de paciente. No obstante el trabajo fue mucho más disperso y había una falta de entendimiento del arteterapia como disciplina”. Este es un elemento fundamental.

Sobre el modelo cognitivo conductual imperante en muchas instituciones un/a de los arteterapeutas opina que “solo valora los resultados en la modificación

de la conducta, sin embargo olvida algunos aspectos relacionados con la persona que a mí me parecen fundamentales. Quizás a veces lleva a la excesiva medicación de los pacientes para encontrar resultados adecuados y rápidos”. Y lo matiza explicando que “para mi enfoque humanista, entorpece la capacidad de asunción de responsabilidades y soluciones en el desarrollo de la personalidad del paciente porque a veces se pretende dar dada la solución y no encontrada por el propio paciente aunque el proceso pueda ser más largo y costoso pero a la vez más efectivo”.

Otro/a de los entrevistados añade que “el modelo dominante condiciona las intervenciones, actualmente los modelos sistémicos están adquiriendo fuerza. Con la pretensión de no señalar a la persona que hace el síntoma lo incluye dentro de su sistema familiar. Creo que evita el reduccionismo de modelos como el cognitivo-conductual. La terapia Gestalt aporta intervenciones en el aquí y ahora sin trabajar a fondo la historia pasada”. Y en base a su posición, formación y experiencia, completa su valoración explicando que “científicamente, hay estudios que demuestran que los modelos psicoanalíticos son más lentos pero, las mejoras conseguidas se mantienen en el tiempo con mayor frecuencia que las intervenciones desde otros modelos”.

Emerge del discurso una valoración significativa para esta investigación y que puede ser germen de muchas dificultades. “En la medida que pienso y compruebo que los modelos son creados muchas veces por gestores, y/o personas altamente cualificadas en la teoría, con poca o nula relación con la clínica , y atendiendo más a supuestas demandas político-sociales que poco tienen que ver con la realidad de las personas que tratamos y sus necesidades”.

Un/a de los informantes entrevistados señala “que en la institución en la que trabajo, este modelo de intervención está bien implantado. No así en la generalidad de las instituciones. [...] El modelo dinámico y psicoanalítico, con buenos resultados evaluados”.

No es siempre fácil adecuarse al modelo institucional. Sobre ello señala otro/a profesional que “las similitudes en la perspectiva psicoanalítica nos permiten puntos de encuentro en la mirada terapéutica, las diferencias en el abordaje

grupal/individual considero que en algunos momentos resultan una dificultad, no tanto a la hora de planificar o desarrollar mi intervención, sino más bien a la hora de transmitir al equipo mi abordaje. Sin embargo, esta diferencia me sirve en algunos momentos para comprender cómo los fenómenos grupales afectan a cada uno de los participantes del grupo y por tanto, para planificar intervenciones que en un momento dado pueden facilitar los procesos individuales”.

Desde una perspectiva más social y menos clínica, añade un/a profesional que “sin olvidarnos de las características específicas de cada usuario, unos modelos serán más adecuados que otros para cada paciente. Es algo así como cuando buscas terapeuta para realizar tu terapia personal. Dependiendo de tu persona y del momento que estés atravesando podrás encajar más o menos con los diferentes modelos”.

En otra respuesta encontramos una valiente afirmación “no entro a criticar, como desgraciadamente estamos acostumbrados en nuestro ámbito profesional, los diferentes modelos...nos ocurre ya dentro de nuestra disciplina (el arteterapia y las diferentes escuelas de formación) y pienso personalmente que es un índice de inseguridad en nosotros mismos. Una evasión. Me dedico a realizar mi trabajo con la misma ilusión que cuando comencé e intentado mejorarlo. Y eso ya es mucho”. El/la misma añade que “soy artista y creo que una de las características que me ofrece continuar mi proceso creativo es adaptarme a lo que me voy encontrando en el soporte. La idea de que somos como una orquesta dónde cada uno toca diferentes instrumentos y, no todos a la vez porque si no haríamos ruido en vez de música, es muy importante. Y no solamente en el ámbito profesional. El silencio es un elemento fundamental en toda composición artística, ya sea musical o plástica...”

Uno/a más señala que “el intento ver el arteterapia dentro de la institución donde existen otros muchos profesionales de distintos ámbitos como una suma a los recursos existentes para la mejora de los pacientes. Trato de limitarme a ejercer mi trabajo de la manera más ética posible sin que el modelo dominante de intervención influya en mi manera de trabajar. Y tengo muy en cuenta que finalmente lo importante es el paciente y que por lo tanto tengo la obligación de no

crear contrariedades en él, ni dudas respecto a la metodología utilizada por parte de otros profesionales en el tratamiento. La existencia de un modelo para pensar y tratar los casos nos permite mantener un lenguaje común así como una mirada a los casos. La diferencia es enriquecedora, pero la verdad que poder pensar desde un modelo dominante permite entender los casos desde un lugar de pensamiento”.

En lo específico del arteterapia con niños y adolescentes, “en nuestra institución nos enmarcamos dentro del modelo psicodinámico. Entendemos que el modelo conductual o biologicista no consiguen extrapolar los beneficios a la vida general de los niños y adolescentes. Entendemos que los menores necesitan poner palabras a lo que les preocupa, necesitan poder representar su sufrimiento. Es idóneo para nuestra práctica arteterapéutica”.

Otro/a profesional comenta que “el modelo dominante en la institución va a delimitar muy fuertemente el tipo de intervención que podemos realizar. Cada uno de los modelos referidos pone una mirada diferente sobre el ámbito y la intervención. Para trabajar con un ámbito tan complejo y con tan alto contenido de sufrimiento, sin duda hacen falta todos los modelos y los recursos desde una mirada unificada bio-psico-social. El modelo puramente biologicista, ofrece una mirada sesgada del individuo y por tanto a mi entender marca un claro perjuicio en la atención a la salud mental. Sin duda el marco debe partir de un modelo de atención definido desde lo bio-psico-social y dentro de ello será necesaria la complementariedad de los modelos psicoterapéuticos para intervenciones a corto, medio y largo plazo”. Y concluye que “como ya he dicho “el modelo dominante modula fuertemente nuestro campo de intervención. Por tanto en función del modelo imperante será o claramente un perjuicio o un factor facilitador”.

Analizadas las respuestas sobre el nodo **arteterapia como disciplina**, algunos/as profesionales señalan su necesidad de diferenciar su ejercicio de la psicoterapia, construyendo un espacio diferenciado, sobre todo en aquellas instituciones donde el espacio ha podido contar con resistencias y en las que la

integración del arteterapia ha sido lenta, en un proceso de continuidad y larga trayectoria en el que “el espacio ha ido construyéndose no sólo hacia los pacientes sino hacia dentro del Equipo”. Entender el compromiso de reconocer el significado que este lugar adquiere para los pacientes ha podido ejercer en palabras de un/a informante una influencia positiva en que el espacio haya sido bien recibido.

Se señala como respuesta que “todas las intervenciones desde las diferentes disciplinas son determinantes, tienen mayor o menor impacto en cada uno de los pacientes. Por ello la entrevistada no afirma que los resultados en el Taller nunca son indiferentes, y de alguna manera se defiende lo que uno plantea. Otro/a arteterapeuta especifica como puntos de encuentro la valoración del trabajo artístico como herramienta terapéutica, aunque casi nunca trabajada desde un mismo posicionamiento y como puntos disonantes, la consideración de aspectos que siguen sin respetarse de la misma forma en arteterapia que en otras terapias, por ejemplo, el respeto por el espacio de seguridad y confidencialidad, con habituales interrupciones a lo largo de las sesiones que son referidas en diferentes respuestas.

Desde lo poético, un/a informante destaca del arteterapia que “nos ayuda a estar en movimiento, siendo conscientes de que hoy estamos aquí y mañana allá. Es una herramienta fundamental para poder relativizar lo que nos ocurre y a través de ello aceptarlo. Para construir algo nuevo con los mismos ingredientes y/o quizás con otros que vamos descubriendo”.

Añade un/a arteterapeuta que el punto de encuentro general siempre es ayudar al paciente a mejorar su salud psíquica, también su salud física y por tanto, su integración social. Un nexos con otros profesionales como por ejemplo psicólogos, es el acompañamiento absoluto a la persona o el respeto al encuadre terapéutico; mantener el horario y el lugar y trabajar con los procesos psicológicos que se den con el paciente. Apoya esa hipótesis la respuesta dada por un/a arteterapeuta que señala en su opinión, “todos buscamos que la calidad de vida de estas personas pueda mejorar”. Y para ello en sus palabras “las metodologías varían, así como múltiples son las facetas del individuo”.

De nuevo a valorar como aportación específica del arteterapia el grado de compromiso que logra promover, haciendo a los pacientes participantes activos de su tratamiento al que contribuyen “con su trabajo, decidiendo, proponiendo, creando, opinando, en definitiva, dándose cuenta”. Señala otra de las respuestas que en definitiva desde el arteterapia se trabaja con el potencial de la persona.

Para otro/a arteterapeuta un punto diferente o específico en arteterapia (y específica con enfoque psicodinámico) es que se utilizan materiales artísticos en la mayoría de los casos pero de forma no directiva y utilizando la obra creada por el paciente, como mediadora o interlocutora entre el paciente y el/la arteterapeuta.

Centrado en el contexto se considera que el arteterapia abre una vía de expresión muy importante al núcleo sano del paciente. Le vuelve a conectar con su identidad y le permite de este modo una revisión y crecimiento de su ser. Es significativa la valoración de la diferencia con la terapia ocupacional en la que se desarrolla un trabajo más directivo, con objetivos y encuadre diferentes.

Se especifican dificultades con prevalencia en las respuestas que tienen que ver con el desconocimiento de la disciplina y que a menudo hace que en los centros donde se va a comenzar a desarrollar, no queden claros ciertos requisitos mínimos para establecer el encuadre, por ejemplo el número de usuarios, el espacio, la duración, la privacidad, el marco de trabajo, el tipo de intervención a seguir, el estilo comunicativo con el equipo, los niveles de confianza, etc. Si bien en otras disciplinas esto es incuestionable, los arteterapeutas profesionales se han visto a menudo en la necesidad de adaptarse ellos a tales circunstancias, por encima de producir un cambio (al menos de inicio) en la institución. Incluso algunos de los aspectos señalados, al ponerse en relación con el arte, que integra el desorden y el “caos” como se señala en la investigación, genera a menudo ciertas resistencias hasta que esto es entendido como desde la más pura puesta en acción de la libertad del ser para crear. Señala un/a arteterapeuta que “para algunos profesionales e instituciones es poco familiar”. También añade que el mismo elemento que puede generar distancia y resistencia puede convertirse en el elemento de interés y anclaje.

Respecto de su juventud, parece ser en la actualidad el aspecto que más diferencia a la disciplina en España frente a otros países que se toman como referencia. En cualquier caso, existe un consenso sobre el hecho de que los puntos de encuentro entre los profesionales “proveen de herramientas a los pacientes para conseguir una vida autónoma”.

Uno/a de los informantes destaca que a menudo su interacción con otros/as profesionales se ha incrementado, así como su formación en los ámbitos clínicos, y su visión sobre las funciones propias, objetivos, recursos y ámbitos de trabajo está más clara. Tal concreción es apoyada por el trabajo en supervisión con supervisores/as con diferentes perfiles profesionales.

De la interacción con los profesionales en el ámbito clínico, una de las mayores dificultades en los arteterapeutas radica en la concepción del diagnóstico en su mirada hacia los y las pacientes. Algunos/as arteterapeutas señalan que son los psicólogos/as los que tienden a diagnosticar o categorizar, lo que es vivido como una reducción en la mirada hacia las capacidades de la persona que se centra en buscar aspectos que refuercen tales catalogaciones. En tal reflexión juega un papel importante el posicionamiento profesional acorde a un marco teórico-conceptual que le da sentido. Disponer de ese marco (arteterapia psicodinámica, humanista, etc.) aporta seguridad e identidad profesional desde la que sostener las propias concepciones. Y en el caso de los y las arteterapeutas apoya aún más dicha identidad un aspecto muy valorado por ellos/as relativo a la “proximidad con el hecho artístico”, tal y como especifica un/a entrevistado/a, desde el que siente “una cercanía con los procesos que abre y posibilita lo artístico, que permite entendimientos que para otros profesionales de otros ámbitos puede ser más difícil”.

De las valoraciones de experiencias de **integración del arteterapia** uno/a de los profesionales señala que el arteterapia siempre fue bien recibida pero que a menudo en que ha ido avanzando el trabajo, se ha aumentado el conocimiento

sobre el trabajo y el encuadre, lo que ha amplificado el campo de acción, y se han valorado más los resultados en las reuniones de equipo, en los informes y en el análisis y evolución de los tratamientos. Señala que al parecer, “en las instituciones argentinas en general existe una apertura en construcción hacia los espacios arteterapéuticos, a veces con mucha resistencia también”.

El **punto de encuentro general** siempre es ayudar al paciente a mejorar su salud psíquica, también su salud física y por tanto, su integración social. Un punto de encuentro con otros profesionales como por ejemplo psicólogos, es el acompañamiento absoluto a la persona o el respeto al encuadre terapéutico; mantener el horario y el lugar y trabajar con los procesos psicológicos que se den con el paciente. Un punto diferente es que en arteterapia (con enfoque psicodinámico) se utilizan materiales artísticos en la mayoría de los casos pero de forma no directiva y utilizando la obra creada por el paciente, como mediadora o interlocutora entre el paciente y el arteterapeuta. En caso del terapeuta ocupacional, es un trabajo directivo donde no hay encuadre terapéutico y el objetivo es diferente.

Como puntos de encuentro un/a de los profesionales menciona la valoración del trabajo artístico como herramienta terapéutica, aunque casi nunca trabajada desde un mismo posicionamiento”. Y añade como puntos disonantes, la existencia (en su opinión) de “aspectos que todavía siguen sin respetarse de la misma forma en arteterapia que en otras terapias, por ejemplo, el respeto por el espacio de seguridad y confidencialidad, suele ser habitual la interrupción en mitad de la sesión”.

En opinión del/la entrevistado, “lo considero más una dificultad porque, en mi experiencia, cuando se va a implementar un taller de arteterapia, todavía no se tiene muy claro desde los centros cuáles son los requisitos mínimos para ello, por ejemplo el número máximo de usuarios, características del espacio, tiempo del

taller, privacidad, etc. Entonces es más complicado tener que adaptarse a las condiciones en las que, muchas veces, tenemos que desarrollar el taller”.

Señala otro/a de los arteterapeutas que “a medida que tengo más experiencia y formación en ámbitos clínicos he podido compartir más experiencias con psicólogos y psiquiatras, ya que estoy siendo supervisada por diferentes profesionales. Esto hace que pueda tener una visión más clara de cuáles son mis funciones, objetivos, recursos y ámbitos de trabajo. Considero muy importante para esta profesión tanto el contar con una buena supervisión como una formación adecuada a los casos con los que se está trabajando”.

Y en el caso específico de la atención a personas afectadas por el Parkinson el/la arteterapeuta dice haber “encontrado diferentes usos del espacio terapéutico según la evolución de la enfermedad”.

Cobran importancia los discursos relativos a la aportación o no del arteterapia, a los puntos de encuentro y disonancias con otros profesionales, etc. “Quizás la disonancia más importante es la necesidad por parte de los psicólogos de categorizar o diagnosticar, es decir, poner etiquetas. Esto supone a veces reducir más la capacidad de expresión y la espera de resultados de acuerdo a lo etiquetado. Sin embargo, mi posicionamiento humanista se fija más en la persona y en la integración de los diversos aspectos en el desarrollo del adolescente”.

Los puntos de encuentro y similitudes han solido ser las aproximaciones de tipo global en la intervención (pueden ser teóricas o prácticas), así como la búsqueda del bienestar de los pacientes. En cambio, las disonancias o diferencias se han dado más en algunos detalles y concepciones en el marco de trabajo, el tipo de intervención a seguir, el estilo comunicativo con el equipo, los niveles de confianza esperados y no satisfechos, etc.

Siento que la proximidad con el hecho artístico –algo fundamental para cualquier arteterapeuta- me condiciona. Siento que esta cercanía con los procesos que abre y posibilita lo artístico, me permite entendimientos que para otros profesionales de otros ámbitos puede ser más difícil. Lo artístico está en estrecha conexión con el caos y con lo creativo, lo cual para algunos profesionales e

instituciones es poco familiar. En algunos casos puede causar resistencias e incompreensión, pero en otros casos puede causar un gran atractivo e interés. No creo que el ámbito español sea muy diferente al de otros países en relación a lo antes mencionado, excepto en cuanto al poco tiempo en que lleva el arteterapia como profesión aquí.

En algunos casos ha habido un valioso intercambio de información y lo he tenido en cuenta para intervenir con los pacientes en arteterapia. Aun así, para mí es y ha sido fundamental orientarme por mis propias percepciones e intuiciones. Creo que las opiniones y visiones planteadas desde el arteterapia suelen influir más en los otros ámbitos que viceversa, eso sí, siempre que haya apertura y escucha por parte del equipo y sus miembros.

De esta manera se torna evidente que “los puntos de encuentro son fundamentalmente proveer de herramientas a los pacientes para conseguir una vida autónoma. Las diferencias son las herramientas que cada profesional ofrece. A diferencia de otros profesionales, como terapeuta ocupacional y arteterapeuta, fomentamos la expresión a través de la creatividad. Facilitando el encuentro con lo propio y favoreciendo el desarrollo del mismo. Los talleres de arteterapia fueron muy bien recibidos por el equipo de trabajo, a medida que han conocido el trabajo que se realiza y el encuadre, han dado más espacio y lugar para incorporar los procesos en las reuniones y evolución del tratamiento”.

Para otro/a profesional el lugar de encuentro es “la necesidad de coordinación y de tratar el caso por caso”. Y las disonancias: dar valor muy significativo al encuadre, a la escucha y a la transferencia”.

Una de las opiniones que más valor toman en las voces de otros profesionales vienen a evidenciar la existencia de “un desconocimiento profundo de los aspectos reales de atención a la salud mental y su funcionamiento (con ciertos prejuicios creados en muchas ocasiones) de las personas que practican el arteterapia y no tienen experiencia previa en el ámbito de la salud mental”.

En cualquier caso, la propia disciplina arteterapéutica encuentra dificultades para hacerse ver y llegar al resto de profesionales. Nos encontramos así como “de

una Arteterapia más terapéutica a una arteterapia para el crecimiento, el desarrollo y la salud”.

Respecto del caso específico en el ámbito educativo, señala el/la profesional que “la mirada que propongo y ofrezco desde el arteterapia se aleja de los modelos generales y concepciones sobre educación y la función educativa. A la vez, quizá por eso, los profesionales están abiertos a entender, revisar, sus concepciones a partir de la propuesta desde arteterapia sobre “la persona. Es muy valorado por el profesorado, poder ofrecer a los alumnos un espacio tan diferente, de libertad, de acogida, de intimidad, dentro del marco escolar”.

En palabras de un/a de los entrevistados “la similitud principal con el resto de disciplinas con las que trabajo es la línea teórica que se comparte. La diferencia principal es la vía de expresión que se utiliza. Esta vía de expresión da como resultado la presencia física de producciones artísticas que no se da en el resto de disciplinas. La presencia de estas producciones despliega todo un elenco de elementos que se han de tener en cuenta y cuidar (almacenamiento de la producción, compartirla con el resto del equipo, etc.)”.

Así, se concreta que “en muchas ocasiones, trabajamos con pacientes que tienen gran dificultad para poner palabras a las emociones que les surgen. La expresión artística y las emociones que mueve el propio hacer con los materiales, son valorados como un elemento favorable que abre nuevas vías para la personas y que posteriormente, pueden ser trabajadas en otro módulos del programa”.

En palabras de otro/a de los entrevistados “el arte, el grupo y la relación que construimos entre todos configuran un espacio que actúa como si fuera una brújula para poder observar en qué momento nos encontramos del camino. Intentar ser conscientes de dónde nos hallamos es fundamental para crear y dar el siguiente paso con más seguridad. O incluso, en determinadas ocasiones, prevenir una recaída”. Tras la experiencia desarrollada en la clínica “ahora entiendo el arteterapia grupal diferente a la dinámica individual, dónde el grupo puede ser entendido como el recipiente del paciente, al igual que el propio individuo contiene

sus propias experiencias; dónde lo importante son las relaciones que tienen lugar entre todos los miembros del grupo”.

Señala un/a de los entrevistados que “en arteterapia trabajamos con hipótesis. Personalmente pienso que la realidad es algo que nunca vamos a poder aprehender, principalmente, porque lo que ocurre en una sesión, lo que nos sucede en la vida es consecuencia de un sinfín de circunstancias inabarcables. Por ello pienso después de esta experiencia que mi trabajo consiste básicamente en observar qué está ocurriendo en ese pedacito de vida acotado que significaría una sesión de arteterapia. En ese sentido, el SETTING es fundamental para que las hipótesis tengan con mayor peso”.

Sobre la permanencia del arteterapia en una institución, un/a de los arteterapeutas recoge que “pienso que son un granito más, pero al no haber esta coordinación que demando, es difícil de cuantificar. El arteterapia se desarrolla en la Comunidad desde hace cinco años y si fuera una actividad que el equipo sintiera como algo insignificante, no estaría ya trabajando ahí. Lo que ocurre es que estos resultados se pierden en cuanto a la posibilidad de ponerlos en el papel. Pero sucede con el trabajo realizado también por diferentes compañeros. En todo caso, determinantes no, pues soy consciente de que el arteterapia es una actividad más de las que se desarrollan en la Comunidad”.

Sobre la experiencia de integración del arteterapia en el ámbito educativo “he de decir que en nuestro ámbito cada vez son más los apoyos a nuestro trabajo. Esta siendo un proceso lento pero nos estamos encontrando con los apoyos del E.O.E.P. (Equipos de orientación psicoeducativa, de la consejería de educación), el Centro de Salud Mental de referencia, Centros Educativos y Pediatría, con los que nos reunimos mensualmente para trabajar los casos”.

En el ámbito clínico, el arteterapia “se diferencia fundamentalmente en que mi intervención está dirigida al sujeto sano con una determinada sintomatología y no a la intervención sintomatológica”.

Resulta complejo posicionarse y defender una estructura profesional concreta sin parecer rígida. “No puedo contestar a eso ya que hay diferentes

intervenciones en salud mental, sin llegar a un consenso. Muchas de ellas centran la intervención desde una posición puramente artística como espacio metafórico y otras como la mía que ven la posibilidad de realizar un trabajo elaborativo o resignificativo importante de la estructura de identidad. El ámbito de salud mental también tiene muchas diferencias en cuanto a las patologías y a los estados de cronificación, que no permiten un criterio unificado como tal”.

Se analizan las respuestas sobre la **aportación del arteterapia**. Retomando algunos elementos específicos de la disciplina y aportación del arteterapia, un/a de los entrevistados se refiere a ella textualmente como “una vía de trabajo fundamentada en el potencial terapéutico del proceso creativo dentro de un contexto determinado, que mediante el uso de los diferentes lenguajes artísticos acompaña procesos terapéuticos, para favorecer un bienestar bio-psico-social, en una relación terapéutica informada y consentida”. Por ello, y enlazando con los aspectos relativos a la salud de la persona, concreta “que el proceso creativo exige poner en funcionamiento los recursos más sanos de cada persona. Ante el proceso arteterapéutico el paciente tiene la autonomía suficiente como para ponerse sus propios retos y evaluar sus resultados”. En incluso, en base a su experiencia puede llegar a afirmar que “las personas que trabajan durante un tiempo en arteterapia acaban sintiéndose muy satisfechos consigo mismos y con su progreso independientemente de la edad, el diagnóstico, etc.”.

Sobre su papel en las instituciones se señala que “el papel del arteterapia puede ser el de relativizar los modelos dominantes que tienden al cientifismo y a la objetividad. Esta puede –y debe- hacer una aportación humana, humanista, de calidez y afectividad, además de estética...”. Sobre la experiencia internacional, el/la arteterapeuta responsable señala que “el modo de intervención ha encontrado un buen lugar de recepción, que tiene que ver con el compromiso que asumimos desde el primer momento, es el fruto de reconocer también el significado que este lugar adquiere para los pacientes”. Y de forma específica señala “considero que

aportamos una mirada diferente de los pacientes. Mostramos sus posibilidades creativas, sus capacidades relacionadas con la comunicación, sus intercambios con sus pares, como así también información que brindan espontáneamente”.

Y yendo más allá en su respuesta concluye que “en el equipo mostramos un modo diferente de relacionarnos con los pacientes [...] Mi percepción es que valoran la disciplina del arteterapia y creen en sus efectos positivos”.

En otra respuesta se señala que “los resultados de arteterapia han ampliado la mirada de otros profesiones y han servido para actuar de una manera más asertiva con ellos”.

Otro/a respuesta añade: “creo que, el arteterapia, cada vez toma un papel más importante y significativo en el centro. Tienen en cuenta mis valoraciones y derivan a los pacientes según su necesidad, siendo más conscientes de los beneficios y resultados”. Y concluye que “en mi equipo de trabajo se da importancia máxima a las sesiones de arteterapia ya que están destinadas a trabajar los aspectos emocionales y por tanto se considera una parte más del tratamiento que actúa, a menudo, como motor para generar cambios en otras áreas”.

Según otro/a entrevistado “la gran fortaleza de mi disciplina es que los pacientes perciben logros a corto plazo, generalmente, además tienen una posición activa de artistas, creadores, frente a la posición de paciente que tienen en otras áreas. El arteterapia aporta una visión del paciente como persona capaz de enfrentarse a retos y sacar un aprendizaje de los mismos. El arteterapeuta aporta una visión capacitadora y comprensiva del paciente ya que comparten la experiencia del proceso creativo”.

Un/a entrevistado más señala que “en mi punto de vista el arteterapia ofrece una visión desde una perspectiva distinta a la de otras terapias por lo que es fundamental contar con ella dentro de un equipo terapéutico interdisciplinar que pretenda dar una atención integral al paciente”. Dicha posición es reforzada en respuestas como “la oportunidad de poder ofrecer un tratamiento terapéutico que involucra directamente a la persona mediante su trabajo creativo y al

arteterapeuta como profesional que garantice que este trabajo se pueda realizar en un contexto de trabajo integral.

Tras diferentes experiencias en distintos equipos señala un/a informante que “el rasgo común de todos los profesionales con los que he colaborado, así como con mis compañeros de formación es que todos comprenden el trabajo en arteterapia como una disciplina muy útil, adaptable a las diferentes corrientes terapéuticas, y con unos recursos diferentes a la psicoterapia que ellos realizan. En general los profesionales de otras disciplinas muestran interés y respeto por mi profesión y tienen muy en cuenta los resultados derivados de las sesiones de arteterapia”. Y describe aspectos que pueden encontrarse detrás de estas valoraciones, tales como que “considero que el proceso creativo exige poner en funcionamiento los recursos más sanos de cada persona. Ante el proceso arteterapéutico el paciente tiene la autonomía suficiente como para ponerse sus propios retos y evaluar sus resultados. Por mi experiencia las personas que trabajan durante un tiempo en arteterapia acaban sintiéndose muy satisfechos consigo mismos y con su progreso independientemente de la edad, el diagnóstico, etc.”.

Otro/a arteterapeuta señala que “el arteterapeuta aporta una herramienta que se puede adaptar a todas las personas independientemente de su edad, discapacidad o problema de salud. Las sesiones de arteterapia permiten al equipo comprender el funcionamiento de los usuarios con más libertad y entender otros recursos que pueden ayudar al paciente a compensar o integrar los síntomas o conflictos derivados de la enfermedad”.

Otro/a compañero/a nos habla de su experiencia en el trabajo con personas afectadas por el Parkinson y concluye tras años que “esta concepción ha ido evolucionando refinando desde la experiencia misma. El eje central no ha cambiado pero estoy mucho más sensibilizada al ámbito en concreto. También la visión de los profesionales del rol de la intervención terapéutica que ofrece arteterapia en el programa de rehabilitación ha ayudado a fomentar esta concepción. Por ejemplo, el/la psicóloga del equipo multidisciplinar y yo nos hemos apoyado mutuamente y tenemos claro la derivación entre las dos

disciplinas. Con las personas recién diagnosticadas suele haber necesidad de un trabajo más existencial en el cual el uso de los materiales y el simbolismo facilita abordar temas donde la palabra no llega. La psicóloga muchas veces ha considerado arteterapia más adecuado que psicología. También el equipo valora la autonomía que se estimula desde arteterapia para personas que han ido perdiendo su independencia. Creo que arteterapia es complementaria a las otras intervenciones y aporta cosas nuevas”.

En lo relativo a aquello que el arteterapia y por tanto, el arteterapeuta, aportan al equipo, en otra respuesta se señala “en primer lugar, las aportaciones que el arteterapeuta hace en contextos de supervisión o trabajo de equipo, sus reflexiones evaluativas y el registro de la evolución del paciente. Pero quizás, más que ningún otro elemento, la posibilidad de mostrar elementos físicos y expresivos al equipo como parte del proceso arteterapéutico en el paciente. Esto último permite un análisis y una reflexión colectiva de un gran valor, porque se abordan ejemplos concretos de los lenguajes artísticos, cuya peculiaridad es que muchas veces son no-verbales o no-lingüísticos. Nadie más en un equipo puede hacer esta aportación”.

Un/a profesional más aporta una respuesta clave para la investigación cuando dice que “mi percepción es, en término general muy favorable y de esperanza para que el arteterapia y los arteterapeutas sean integrados cada vez más en equipos de diversa índole en España. El arteterapia puede –y debe- hacer una aportación diferencial y única en un equipo y en los pacientes. Sencillamente, no hay otros profesionales que puedan hacer esta valiosa aportación”. Sobre las diferencias con otras disciplinas se señala que estas “son las herramientas que cada profesional ofrece. A diferencia de otros profesionales, como terapeuta ocupacional y arteterapeuta, fomentamos la expresión a través de la creatividad. Facilitando el encuentro con lo propio y favoreciendo el desarrollo del mismo. [...] Creo que actualmente la arteterapia está reconocida como una herramienta potente que permite llegar a los pacientes con una mirada amable y nada invasiva. [...] Lo percibo como una figura enriquecedora dentro del equipo y con los pacientes, que aporta una herramienta distinta y complementaria que favorece junto con el resto de profesionales la evolución”.

Un/a de los profesionales con perfil dual, en este caso, erapia ocupacional-arteterapia, señala la complejidad de la situación dado que es la identidad de terapeuta ocupacional la que le facilita la contratación pero las intervenciones se realizan a veces “desde el arteterapia y otras desde la terapia ocupacional, según cada caso. En general hay una percepción de que se interviene mucho desde el arteterapia, como una posición en la que favorezco los procesos de creación sean o no específicamente arteterapéuticos”.

Otro de ellos-as añade “como psiquiatra-arteterapeuta (...) creo que puede ser un aporte muy favorable y complementario.

Desde el ámbito educativo señala el/la arteterapeuta que “la mirada que propongo y ofrezco desde el arteterapia se aleja de los modelos generales y concepciones sobre educación y la función educativa. A la vez, quizá por eso, los profesionales están abiertos a entender, revisar, sus concepciones a partir de la propuesta desde arteterapia sobre “la persona””.

Y se recoge un testimonio ya recogido con anterioridad en el que un/a psicólogo-arteterapeuta señala que “hay una buena acogida en las instituciones de Salud Mental sobre la Arteterapia, pero todavía no es fácil su disposición presupuestaria para ello. [...] La arteterapia se asume como un buen modo de trabajo. El profesional de la Arteterapia, está bien asumido, pero es necesario el aumento en su dedicación profesional”.

Un/a respuesta más señala creer que “el Arteterapia, integrada dentro de un equipo multidisciplinar, permite que la persona tenga la oportunidad de expresarse a través de diferentes lenguajes, a los que las personas se acogen en función de sus capacidades y necesidades. Lo que aporta el Arteterapia es una vía de expresión más indirecta que la palabra, y esto, para algunas personas es más facilitador que para otras. Esto ocurre también en el resto de módulos del programa”. Así señala otro/a entrevistado: “creo que el arteterapia y su metodología son considerados como una actividad favorable tanto por los usuarios como por los trabajadores”.

Y una de las respuestas apunta de nuevo a una de las claves para el entendimiento de esta investigación: la conitunidad como elemento de éxito. Así indica que “hay varios datos que pueden explicar gráficamente la percepción de la actividad dentro del programa de la Comunidad. El más notorio es lógicamente el que después de cinco años todavía estemos inmersos en esta experiencia. Me contrataron en julio del 2010 para cubrir una baja por vacaciones con la condición de poder realizar este proyecto durante un mes. Después de este tiempo, me contrataron indefinidamente y continuamos con los grupos de forma voluntaria. Al año y medio, la actividad pasó a ser obligatoria para los usuarios hasta el día de hoy”.

En una de las entrevistas se recoge una respuesta que incluye las valoraciones de los/as usuarios que señalan que “respecto a los propios usuarios, en algunas ocasiones expresan verbalmente al resto del grupo haber sentido esta actividad como algo muy beneficioso y necesario para su evolución. Son contadas ocasiones verdaderamente emocionantes. Quizás un dato para comprobar que esta actividad es algo que los propios usuarios quieren es verles trabajar artísticamente en cada sesión y entrar a jugar con los diferentes materiales”.

Sobre la aceptación por parte de los/as pacientes de la intervención desde el arteterapia, uno de los testimonios recogidos indica que intenta “ver el arteterapia dentro de la institución donde existen otros muchos profesionales de distintos ámbitos como una suma a los recursos existentes para la mejora de los pacientes. Trato de limitarme a ejercer mi trabajo de la manera más ética posible sin que el modelo dominante de intervención influya en mi manera de trabajar. Y tengo muy en cuenta que finalmente lo importante es el paciente y que por lo tanto tengo la obligación de no crear contrariedades en él, ni dudas respecto a la metodología utilizada por parte de otros profesionales en el tratamiento”. Completa la valoración al relatar que “obviamente existen también pacientes que la rechazan pero en general se produce un tipo de vínculo mucho más maduro y la mayoría de ellos desarrollan un potencial creativo casi siempre ignorado o bloqueado por el miedo que los ayuda a confiar en sí mismos”.

Y emerge ahora en el discurso la alusión a una realidad comúnmente extendida cuando indica que “en el trabajo desde la arteterapia nos hemos encontrado con dificultades para hacer ver cuáles son los beneficios de trabajar desde este encuadre terapéutico. Cada vez menos, pero aún nos ocurre, conciben que hacemos un taller de manualidades donde los pacientes ocupan su tiempo. Entienden que es algo lúdico que esta fuera de la rigurosidad y la terapia como tal.

Sobre lo específico del trabajo en salud mental un/a arteterapeuta señala que “hasta el momento nuestra práctica arteterapéutica, con sus resultados hasta el momento, ratifica día a día, y sobre todo en los menores, que la terapia a través del arte consigue aliviar el sufrimiento y construir un mundo mental entendible para el paciente. Le permite elaborar su realidad psíquica”.

Una respuesta más señala que “la arteterapia trae al equipo un modo único de intervenir. Permite tratar casos que difícilmente podrían ser tratados desde otras disciplinas. Sobre todo cuando hablamos de menores. Con la arteterapia encuentran espacios de palabra desde la creación plástica que les facilita poder poner palabras a aquellos que les preocupa y les hace sufrir”.

En una de las entrevistas se señala así que “el arteterapeuta aporta una herramienta que se puede adaptar a todas las personas independientemente de su edad, discapacidad o problema de salud. Las sesiones de arteterapia permiten al equipo comprender el funcionamiento de los usuarios con más libertad y entender otros recursos que pueden ayudar al paciente a compensar o integrar los síntomas o conflictos derivados de la enfermedad”.

Se concluye el apartado con la devolución que transmite el equipo a un/a de las arteterapeutas entrevistados/as. Así señala que “por lo que el equipo me transmite lo que aporta es una visión un poco más holística, no es tan formal el *setting* y da lugar a más conflictos y mayor posibilidad de resolverlos. La interpretación de la obra o lo que el paciente hace no es lo más importante sino entender el proceso y traspasar esta comprensión”.

Analizando las respuestas relativas al **perfil del arteterapeuta** es frecuente encontrar ciertas inseguridades y carencias respecto de la formación clínica de estos. “Mi impresión es que en demasiadas ocasiones existe un desconocimiento profundo de los aspectos reales de atención a la salud mental y su funcionamiento (con ciertos prejuicios creados en muchas ocasiones) de las personas que practican el arteterapia y no tienen experiencia previa en el ámbito de la salud mental”, señala un/a de los entrevistados. Para confrontar las dificultades propias de la clínica otro/a entrevistado/a señala que “me intereso por la historia personal del paciente y también sobre los criterios diagnósticos con los que me enfrento”. Y añade “trato de saber cuál es la sintomatología básica y clásica con la que voy a enfrentarme para poder sentirme orientada a la hora de diseñar mi intervención en una u otra dirección”.

Los miembros del equipo “valoran también la figura del arteterapeuta aunque no ven aún la integración total en el equipo”. Sin embargo, cuesta generalizar y en palabras de un entrevistado “cada experiencia es bien diferente una a la otra, ya sea porque la población es diferente o porque cada arteterapeuta somos distintas personas o por razones que igualmente puedan pertenecer a la institución dónde desarrollamos nuestro trabajo o incluso al entorno”. Para el/la arteterapeuta (uno de los perfiles duales entrevistados) “la experiencia me dice que el arteterapia es una herramienta poderosa para que los usuarios puedan descargar su rabia y el espacio arteterapéutico (el arte, los demás compañeros y yo) puedan contenerla. Mi tarea principal en los años de experiencia es, y continua siendo, diferenciar estos dos roles dentro de mí y que puedan coexistir sin entrar en conflicto”. Y sobre su posición señala que “mi historia personal está muy presente en cada sesión. Es así. La herramienta más poderosa que tengo para trabajar como arteterapeuta soy yo, con mis miedos, con mis aciertos, asumiéndolos y haciéndome responsable de ellos. Siendo sincero. Soy arteterapeuta por que este trabajo me hace construirme como persona. Y porque soy artista”.

Y concluye aclarando un aspecto fundamental sobre la identidad profesional desde el que señala que “no entro a criticar, como desgraciadamente estamos acostumbrados en nuestro ámbito profesional, los diferentes

modelos...nos ocurre ya dentro de nuestra disciplina (el arteterapia y las diferentes escuelas de formación) y pienso personalmente que es un índice de inseguridad en nosotros mismos. Una evasión. Me dedico a realizar mi trabajo con la misma ilusión que cuando comencé e intentado mejorarlo. Y eso ya es mucho”.

Preguntados por las diferencias o similitudes entre el **encuadre** entre arteterapia y el resto de disciplinas, se procede al análisis de las respuestas. Una de ellas señala que “diría que es indiferente, ya que el encuadre de arte-terapia ha sido respetado siempre por los otros profesionales, y si no fue siempre ese respeto se ha ido construyendo”.

Un/a de los entrevistados comenta sobre su experiencia algunos aspectos normativos que definen el encuadre: “el dispositivo es grupal, se cumple con un horario y es obligatorio llegar puntual, no se fuma dentro del edificio, no se permite el móvil encendido, durante el tiempo de trabajo en el hospital” para el que se incluye para arteterapia “que las producciones de los compañeros deben ser respetadas y cuidadas”.

Otro/a profesional señala que “en el encuadre de arteterapia se respeta ortodoxamente; la hora de entrada y salida, el tiempo de duración de la sesión, el lugar (siempre el mismo), el/la misma arteterapeuta, el material y su disposición en la sala. Además, no se permite entrar a nadie del equipo, ni la salida de los usuarios de la sala. El resto del equipo, tienen un encuadre mucho más flexible. El encuadre más rígido considero que puede ser más terapéutico ya que es más contenedor y seguro”.

Un elemento fundamental del encuadre en arteterapia tiene que ver con el espacio. Sobre este se señala en una de las respuestas que “afecta por la no provisión de un espacio adecuado para la práctica y la consideración de un único modelo espacial para el desarrollo de las sesiones”. Otro/a arteterapeuta añade que “el encuadre en arteterapia debe ser uno en el que la persona se sienta en su espacio, que pueda transitar con libertad, en el que no haya posiciones jerárquicas

impuestas, el paciente y el arteterapeuta viajan juntos en el descubrimiento de las necesidades y fortalezas del paciente”.

Otro/a de los entrevistados comparte que “entre las similitudes se dan el espacio de seguridad y la confidencialidad, y entre las diferencias, los materiales de trabajo, las sesiones grupales (el resto trabajan también de forma individual) y el tiempo de cada sesión (suele ser inferior en las otras)”.

Esas diferencias en el encuadre pueden ser en ocasiones, portadoras de disonancias entre los miembros del equipo. Para solventarlas, a menudo la vía es la integración de las mismas. Señala un/ entrevistado que “una vez que el encuadre arteterapéutico quedó integrado como tal dentro del contexto global del centro, al tratarse de un espacio concreto y bien definido, en raras ocasiones se ha visto condicionado en este aspecto”.

Y comparar con el resto para señalar que “cada uno de los distintos encuadres está adecuadamente definido e informado al paciente. En arteterapia, este encuadre viene determinado por un espacio exclusivo de trabajo, un tiempo concreto de duración y distintos momentos que estructuran el transcurso de las sesiones”. Así, la “la estabilidad y seguridad que aporta el encuadre en cada uno de los momentos del tratamiento, establece la confianza necesaria del paciente para que todo el proceso se ponga en marcha y pueda resultar”.

Resulta importante el modo en que el siguiente testimonio hace dialogar el deseo con la realidad. Así su autor señala que “creo que antes de iniciar una experiencia en un equipo interdisciplinar, se ha de tener un mínimo de garantías de compatibilidad. Si yo previera que el encuadre interno de mi trabajo se fuera a afectar negativamente por un modelo dominante antagónico, creo que no trabajaría en esa institución (¡aunque a veces uno empieza a trabajar y se da cuenta de esto posteriormente!) Por tanto, lo deseable es que pueda existir complementación, respeto y enriquecimiento mutuo. Un modelo debería favorecer el trabajo arteterapéutico, no perturbarlo y desde luego, no es indiferente”.

Otro/a profesional seala que “hay pocas similitudes, salvo en cinco profesionales con los que comparto, la escucha. El aspecto motivacional del

paciente hacia el tratamiento o transferencial. El pasar de sueto pasivo a activo en su tratamiento, la toma de conciencia o insight". "El encuadre puede ser similar a otros espacios psicoterapéuticos (sobre todo grupales). En terapia individual la diferencial fundamental estaría en los tiempos (estoy hablando de Red de Salud Mental pública)".

El/la profesional inmerso en un centro educativo señala que el arteterapia "es muy valorado por el profesorado, poder ofrecer a los alumnos un espacio tan diferente, de libertad, de acogida, de intimidad, dentro del marco escolar". Así "la arteterapia y su marco teórico están bien incorporados en el equipo en el que trabajo. Tener un modo de escuchar y de intervenir bien trabajado en la formación común".

Uno de los testimonios acoge lo diferencial del encuadre a partir del trabajo con la imagen. Así señala que "considero que el principal punto en el que me alejo del modelo en el que trabaja el equipo del que formo parte es en esta perspectiva grupal/individual. Por otro lado, al ser la única profesional que trabaja a través de la expresión artística, mi mirada se acerca en muchas ocasiones a aspectos que le ocurren a la persona que no suelen aparecer en otros módulos del programa". Y añade que "este abordaje grupal dominante en el equipo ha resultado en ocasiones perturbador para mi abordaje, pues en algunos momentos, el equipo ha esperado de mí abordajes diferentes a los que yo proponía, principalmente a la hora de realizar propuestas".

Sobre lo diferencial del uso de la imagen y la generación de producciones artísticas como elemento a tener en cuenta para el diseño del encuadre, otro/a profesional señala que "la similitud principal con el resto de disciplinas con las que trabajo es la línea teórica que se comparte. La diferencia principal es la vía de expresión que se utiliza. Esta vía de expresión da como resultado la presencia física de producciones artísticas que no se da en el resto de disciplinas. La presencia de estas producciones despliega todo un elenco de elementos que se han de tener en cuenta y cuidar (almacenamiento de la producción, compartirla con el resto del equipo, etc.)". Y de forma más específica aún, otro/a de los profesionales señala que "en muchas ocasiones, trabajamos con pacientes que tienen gran dificultad

para poner palabras a las emociones que les surgen. La expresión artística y las emociones que mueve el propio hacer con los materiales, son valorados como un elemento favorable que abre nuevas vías para la personas y que posteriormente, pueden ser trabajadas en otro módulos del programa”.

Uno de los testimonios del/la arteterapeuta indica que “después de esta experiencia que mi trabajo consiste básicamente en observar qué está ocurriendo en ese pedacito de vida acotado que significaría una sesión de arteterapia. En ese sentido, el *setting* es fundamental para que las hipótesis tengan con mayor peso”. Señala en su testimonio algunos aspectos fundamentales para el diseño del mismo: “la confidencialidad es una característica fundamental y principal de todo trabajo terapéutico y todos los miembros de la Comunidad (trabajadores y usuarios) la tenemos muy clara. En ocasiones es saltada por los usuarios. [...]En cuanto a la puntualidad o acudir o no a la actividad (la obligatoriedad), es una cuestión que puede traer, en determinadas ocasiones, fricciones dentro del propio equipo de profesionales”.

E incluye un aspecto importante de la práctica arteterapéutica que es fruto de intensos debates en la comunidad profesional. El/la profesional señala que “tampoco el arteterapia es una actividad dirigida. Cada usuario puede realizar con los materiales artísticos lo que quiera, desde el respeto hacia el espacio y hacia los compañeros. Es un espacio que nos pone en contacto con el ejercicio de libertad y responsabilidad. Cada usuario se hace responsable de sus aciertos y de sus errores [...]”.

En palabras de otro/a arteterapeuta, las “diferencias: el encuadre terapéutico, la confidencialidad, el uso de la creación plástica como método para el cambio, y las similitudes: búsqueda de la salud de los paciente”. Y señala que “el modelo dominante afecta a mi intervención, la moldea y yo me dejo moldear porque también lo comparto. La mayor diferencia (en el encuadre) es el intermediario de la relación, en mi caso los materiales plásticos. La segunda diferencia es el valor que se le otorga a la obra”. Y se reafirma en otra respuesta que señala que “las mayores diferencias son el lenguaje, la triangulación y el objeto que permanece al servicio de la creación, allí donde está la falta”.

Aunque muchos aspectos ya han sido señalados y se extraen del desarrollo de anteriores nodos o apartados, analizadas las respuestas sobre la **identidad**, los/as arteterapeutas señalan extensos recorridos personales en formación y desarrollo práctico. Esta apertura y búsqueda de herramientas diversas que amplíen la mirada hacia los pacientes, parece ser un denominador común de la identidad profesional que se desprende de todas y cada una de las respuestas obtenidas.

Igualmente, el entendimiento de la diferencia con el resto de disciplinas como un rasgo identitario del arteterapia. En ese sentido, parece un valor heredado del propio Arte en el que el hacer diverso, diferenciado del ser humano adquiere valor por sí mismo.

El contacto con otros/as profesionales resulta alentador para los y las arteterapeutas que buscan poner en común y cuestionar su hacer para el propio crecimiento. No quieren, los entrevistados/as, un trabajo aislado que les confiere a la soledad y la distancia. Valoran enormemente el encuentro con los profesionales y el desarrollo de la supervisión conjunta como fuente de aprendizaje, mejora y seguridad en la intervención.

Se señala aquí la importancia a su vez de la supervisión para aquellos profesionales con perfiles duales en las instituciones, que pueda ayudarles a diferenciar ambos y entender el modo en que se entrelazan o distancian. Así como la incorporación de lo propio, la propia historia y las emociones del arteterapeuta, que son fuente viva de material para la relación vincular terapéutica.

En diferentes respuestas aparecen términos como ilusión, motivación, pasión, flexibilidad, capacidad de adaptación. etc. Si bien son rasgos que pueden darse en cualquier ser humano, por su experiencia la investigadora se atreve a señalar que parecen ser también rasgos diferenciadores de los/as arteterapeutas, y que se potencian o se muestran más marcados en aquellos que provienen de lo artístico.

De manera específica los/as arteterapeutas son preguntados por las debilidades y fortalezas que ellos mismos encuentran en su propia disciplina en función de su experiencia de trabajo interdisciplinar. Se comienza analizando las debilidades y un/a de ellos señala que “las **debilidades** es no poder hacernos entender porque nuestro discurso, puede parecer demasiado positivo”.

La relativa novedad es a su vez considerada como tal y añade al respecto otro/a testimonio que “al ser una disciplina poco conocida debe ganarse la confianza en la práctica.” Añade otro profesional más que “suele ser necesario un tiempo para que otros profesionales vean los resultados de las sesiones de arteterapia”.

Y se incluyen aquí las dificultades que tal desconocimiento pueda conllevar ya que por ejemplo, “por el nombre muchas personas piensan que es un taller lúdico de manualidades. Algunas personas se echan para atrás por sus prejuicios sobre una falta de conocimiento artístico”, etc.

Una nueva respuesta se refiere a esa falta de arraigo cuando señala que “es necesario explicarla de manera profesional y seria. Este desconocimiento por parte de algunas instituciones, equipos y profesionales, puede hacer que existan suspicacias o dudas acerca del valor científico del arteterapia. Por ejemplo, un psicólogo o psicoterapeuta podría ver el arteterapia como una “terapia alternativa”, emparentándola con terapias de tipo esotérico o pseudo-espiritual. Es también tarea del arteterapeuta disipar estas suspicacias y dudas a través de su propio trabajo”.

Algunos otros aspectos clave son por tanto señalados: “el hecho de que no pueda desarrollarse en su máxima plenitud, debido a las características del encuadre; que no se consideren igual de relevantes los resultados de arteterapia como de otras terapias verbales y el hecho de que el arteterapia no esté consolidada profesionalmente como sí lo están otras disciplinas.

También emergen del discurso elementos relacionados con la posición o jerarquía dentro de los equipos y un/a arteterapeuta señala sobre la propia que “es

secundaria por ejemplo a la del jefe médico, que es psiquiatra, pero para mí no es considerado como debilidad de mi disciplina, ya que la mía complementa.

También el ritmo y la temporalización son fundamentales. Un/a profesional comenta que “en general se necesita más tiempo por paciente que otras intervenciones individuales. El número de pacientes que pueden ser derivados a arteterapia es menor que a otros grupos terapéuticos, más numerosos”. En primer lugar, “el grupo de Arteterapia se lleva a cabo una vez por semana. El resto de profesionales, realizan más de una sesión semanal trabajando aspectos diferentes con una metodología distinta. Esto implica que mi presencia física con el grupo sea menor que el del resto de profesionales y por tanto, los movimientos vinculares requieran de mayor tiempo. Por otro lado, el trabajo con materiales artísticos, al tratarse de hombres adultos, provoca casi siempre rechazo en un primer momento. Estos dos elementos combinados provocan que el grupo de Arteterapia sea “el más débil” del programa, puesto que requiere de un tiempo mayor para que las personas se vinculen a él”.

Otro profesional añade que “al estar en medio soy a veces como el “saco de las ostias”. Como el muñeco de feria al que le arrojan bolas. Pero es una característica del rol que me toca desempeñar: la de contenedor de la tensión entre la terapia y la educación. Mis compañeros de equipo tienen cada vez más presente este rol que desempeño. Y los usuarios pienso que viven el espacio terapéutico también como un espacio contenedor. Que dentro de una Comunidad de base cognitivo-conductual, los usuarios puedan vivir un espacio sin riesgo como lo es el espacio arteterapéutico es algo muy potente!.

Para finalizar este nodo argumental conviene señalar que “en el trabajo desde la arteterapia nos hemos encontrado con dificultades para hacer ver cuáles son los beneficios de trabajar desde este encuadre terapéutico. Cada vez menos, pero aún nos ocurre, conciben que hacemos un taller de manualidades donde los pacientes ocupan su tiempo. Entienden que es algo lúdico que esta fuera de la rigurosidad y la terapia como tal”. Y añade que “he de decir que en nuestro ámbito cada vez son más los apoyos a nuestro trabajo. Esta siendo un proceso lento pero nos estamos encontrando con los apoyos del E.O.E.P. (Equipos de orientación

psicoeducativa, de la consejería de educación), el Centro de Salud Mental de referencia, Centros Educativos y Pediatría, con los que nos reunimos mensualmente para trabajar los casos”.

Concluimos en mismo indicando la “debilidad, no ser nombrados como sanitarios”.

Al centrarse ahora el análisis de las **fortalezas**, se encuentran las siguientes:

- “Podemos brindar una mirada diferente de cada uno de los pacientes y de cómo interactúa en el contexto de arte-terapia. Situación que siempre sorprende para bien”.
- “A al utilizar la creatividad y los materiales artísticos como medio de expresión el paciente encuentra un bienestar inmediato que se refleja en su actitud corporal, y en su estado de ánimo”.
- “Los resultados son muy visibles, el arteterapia es muy efectiva en la mayoría de los casos”.
- “Los pacientes perciben logros a corto plazo, generalmente, además tienen una posición activa de artistas, creadores, frente a la posición de paciente que tienen en otras áreas”.
- “En el taller de arteterapia aparecen actitudes, comportamientos, inquietudes, relaciones interpersonales, etc. que no se dan en otras terapias debido al encuadre y método de trabajo”.
- “El nivel de disfrute que los participantes comentan. En las otras terapias pueden tener la sensación más de rutina. También hay un elemento de descubrir nuevas habilidades y verse capaces de hacer cosas que nunca se hubiera imaginado. Para personas con Parkinson el reencontrarse como individuo, con sus gustos, su autonomía es fantástico”.
- Su efectividad. Y aclara el/la arteterapeuta “muchas veces más que la psicoterapia-, que produce resultados y evoluciones en poco tiempo. Es una disciplina atractiva y que despierta interés”.

- “El uso de los materiales plásticos (la obra) permite un acercamiento más amable con los pacientes. Valorar lo propio y poder trabajarlo a través del crear”.
- “La visibilidad de la intervención a través de la producción arteterapéutica”.
- “Conocer dentro y fuera de las sesiones a los propios usuarios me da una perspectiva muy rica de cada grupo”.
- “El propio marco arteterapéutico que a menudo se diferencia del estereotipo institucional y funciona con sus propias reglas pero quizás posiblemente esta fortaleza sea a la vez su debilidad porque en algunas ocasiones pueda verse al arteterapia y al arteterapeuta un poco alejado o al margen de la experiencia institucional”.
- “La fortaleza, la clínica de los casos”.
- “La fortaleza es que caben más cosas, da lugar a más posibilidades comunicativas.
- “La triangulación vincular; la creación de un objeto que permanece y que permite un análisis longitudinal del equipo y con el propio paciente y la mirada clínica no patologizante”.

Analizadas las respuestas en relación con el nodo **obra**, un/a profesional señala que “después de muchos años, he comprendido que esa fascinación por interpretar la producción de los pacientes (digo, esa tendencia interpretativa), parece como natural y a esta altura sólo la escucho, pienso que si a los otros profesionales les también interpretarlas, que lo sigan haciendo. Yo me limito a contar lo que cada autor ha dicho y ha hecho y cuanto de su subjetividad ha podido expresar”. Y sobre el intercambio de información relativa a la obra, el/la profesional señala que “en mi opinión, no se debe desvelar el contenido de las obras a los profesionales salvo en casos que peligre su integridad física, (suicidio

en caso de adultos y abusos o maltrato en caso de los niños). Aún así, se ha de ir con mucha cautela y no desvelar del todo el contenido de las imágenes”. En su caso concreto señala que “las obras no son compartidas más que con mis supervisores, no considero necesario mostrarlas al resto del equipo. Hay un respeto total hacia las producciones de los pacientes, el centro y el equipo respetan la intimidad de las producciones”.

Sobre qué hacer con la obra, cómo manejar la información, cómo leerla, un/a entrevistado señala que “debe leerse desde lo que ha supuesto para la persona hacer ese trabajo, así como aspectos de corporalidad y emoción en el desarrollo de la obra. No obstante, no es necesario revelar todos los aspectos que encierra la obra, ni siquiera a la arteterapeuta”. Sin embargo, otro/a arteterapeuta discrepa cuando señala que “en mi opinión, si no es uno de los casos que puedan perjudicar al paciente, la obra debería ser confidencial, no mostrarse sin consentimiento del paciente y mucho menos exponerse”.

Un testimonio más se acerca al tema y describe así que a la obra y de la obra ha de hablarse “con total naturalidad y respeto. La obra es crucial durante el proceso terapéutico ya que informa del momento en el que se encuentra la persona y un estudio de su trayectoria en el conjunto del proceso, puede informar de cómo está resultando el tratamiento”.

Por lo tanto queda claro que no existe una posición única y que incluso en aquellos casos en que se da, “en algunas ocasiones una obra del paciente puede confirmar o descartar las hipótesis del equipo, o aclarar dudas. En el resto de casos la obra es algo confidencial entre el paciente y el arteterapeuta”.

Sobre la confidencialidad se señala que “la obra es confidencial a no ser que el paciente quiera mostrarla a alguien puntualmente y te lo pide, o cuando termine la intervención quiera mostrarlo. A veces explico verbalmente el uso de material o el proceso creativo, pero solo para ayudarnos reflexionar sobre la evolución del caso en cuestión. Un/a profesional más indica que “desde mi punto de vista, la obra o las expresiones del paciente que se compartan en un contexto de equipo son “sagradas”. El arteterapeuta ha de tener el máximo cuidado en su manipulación y también cuando las presenta a otros colegas y luego se hable de ellas. En el

enfoque arteterapéutico aprendido por el arteterapeuta ha de existir coherencia y éste ha de velar para que así sea. Cuando un arteterapeuta presenta obras de pacientes, también ejerce una tarea formativa (como ya decía antes) hacia los otros profesionales”.

En cualquiera de los casos debe quedar completamente definido que la obra “no debe de salir de la historia clínica o de la reunión de coordinación cualquier información relativa a los casos. Si va a salir porque se hace algún tipo de comunicación a congreso o artículo se informa al paciente”.

Ante la duda, un/o de los profesionales señala ue “es un aspecto a debatir [...] Serían para mí el equivalente a los contenidos de las entrevistas en terapia. La información se ha de compartir cuando es necesario entre los profesionales que intervienen en la terapia siempre intentando respetar la necesaria confidencialidad en los aspectos que así lo requieran”.

Aún así, la obra forma parte del registro y también de la comunicación y “se tiene que poder explicar un poco del trabajo de la persona en el marco arteterapéutico. Como es su implicación, con su forma de hacer, qué es lo que parece que se está poniendo a trabajar en sesión.... Me parece importante poder decir algo...mas allá de que es confidencial.... Si no se crean muchas resistencias. Se tiene que confiar en el equipo, en la capacidad de hacerlo confidencial en el equipo. Si no decimos nada parece que situamos nuestro trabajo por encima del suyo”.

De darse este intercambio resulta evidente que ha de hacerse “con el máximo respeto a la subjetividad e intimidad del paciente, así como la de los compañeros de trabajo. Como he nombrado, creo necesaria una reflexión constante sobre si la información que vamos a transmitir va a resultar beneficiosa o útil para el abordaje del resto del equipo. En lo relativo a la obra, no suelo mostrar específicamente los trabajos de las personas sino las reflexiones a las que estas me llevan. Si bien, en algunos momentos, son los propios participantes los que muestran sus trabajos al resto de profesionales”.

Desde su experiencia concreta en el contexto de las adicciones un/a arteterapeuta comparte que “En los grupos me encuentro personas que acarrean

alguna enfermedad mental a parte del trastorno adictivo que son incapaces de expresar algo verbalmente, parece que se encuentran desconectados con respecto al exterior; pero que a la hora de utilizar el arte presentan una conexión brutal con el grupo, con lo que les rodea. Sus obras se pueden considerar como emergentes dentro de cada sesión. Muy pocas veces señalo la obra realizada en una sesión al resto del equipo de profesionales. Y sobre todo ha sido en ocasiones en los que la obra representaba de forma muy explícita una acción violenta contra uno mismo. Normalmente lo que suelo comunicar al resto de compañeros es la forma de relacionarse de cada usuario (con su propia obra, conmigo y con sus compañeros) y para ello no es necesario mostrar la obra”.

Este testimonio lleva a la investigadora a reflexionar sobre debe comentarse y respecto de qué en el registro e intercambio del equipo. Un/a de los entrevistados señala que “creo que hay que hablar quizás de la forma de trabajar del paciente, como se enfrenta a la misma y como esta evoluciona durante todo el proceso. No hay que interpretarla ni mostrarla salvo si la ocasión se considera pertinente y en este último caso yo soy partidaria de pedir la autorización al paciente”. La transmisión de la información “ha de ser rigurosa. Solo explicar aquellas cuestiones necesarias para el entendimiento del caso. Evitar los detalles que puedan generar morbosidad y enturbien el intercambio en pos de suscitar interés más allá que ayudar al paciente”.

Se concluye el apartado mencionando el modo en que los pacientes son informados o no del intercambio de la información relativa a la obra y al paciente. De esta manera “como ya he mencionado, la fluidez de información entre el equipo favorece la intervención general siempre en beneficio del paciente. Para ello es importante que los pacientes sepan con claridad que trabajamos en un equipo horizontal en donde ellos están incluidos y son parte nuclear. [...] En el caso expreso que un paciente nos pida confidencialidad sobre un aspecto que no incumpla el deber de informar, siempre lo preservo. En el supuesto de que aun así considere importante su transmisión lo trabajo y consulto con el paciente.

Se cierra el análisis de las entrevistas con las **conclusiones** de los profesionales a la realización de las mismas. Se inicia el apartado con las palabras de un/a de los profesionales que enmarca su respuesta en la posición que mantienen en el Posgrado de Especialista en Arte Terapia de la UNA (ex IUNA) que dirige. Desde ahí habla de una formación diferenciada de la psicoterapia, una formación específica. El origen de los perfiles que acuden es psicólogos y artistas, y “entendemos que ambos grupos tendrán que replantearse su nuevo lugar”. Pero señala algo importante que se extrae como conclusión para la **identidad del/la arteterapeuta**: “claro está primero consideramos que desde ambas profesiones, se puede ser arte-terapeuta.”

La conclusión de otros/as de los profesionales es que “es importante la **inclusión del arteterapia y del arteterapeuta en los equipos interdisciplinarios** del ámbito de la salud mental, para que el proceso en la evolución del enfermo que padezca algún tipo de patología sea más favorable”.

Otro/a arteterapeuta concluye haber “podido reflexionar sobre **lo significativo del trabajo en equipo** y me he dado cuenta de que es mucho más importante de lo que creía. Sin duda, mi trabajo no tendría tan buenos resultados sin no hubiera una **buena comunicación** entre las personas que colaboramos por el bien de los pacientes”.

Una de las respuestas señala sin embargo que “hay ciertos aspectos que se mencionan sobre los cuales no había reflexionado hasta el momento y sobre las que no consigo formar una opinión debido a que no alcanzo a comprender su significado o a qué se refieren”.

Un/a de los entrevistados señala que “el **trabajo terapéutico interdisciplinar** conlleva un esfuerzo importante (comunicativo, de diseño de intervención, de flexibilidad, de seguimiento, análisis, triangulación...) por parte de todos los miembros del equipo terapéutico pero que es necesario realizar si queremos **conseguir mejores resultados en el tratamiento** de los pacientes”. A lo que otro/a añade que “la **convivencia de varios modelos en un mismo equipo**, así como la convivencia de las distintas ideologías que los acompañan, siempre nos

lleva a cuestionarnos nuevas posturas y propuestas a la hora de abordar situaciones. Esta diversidad de vías abre las puertas a **nuevas opciones de trabajo en el campo de la salud mental** y esto casi siempre es una ventaja”.

Tras la realización de la entrevista, un/o de los informantes dice haber podido desarrollar “una revisión sobre las posibles aportaciones del arteterapia como disciplina profesional dentro del conjunto global de tratamientos para el colectivo de salud mental, y una reflexión sobre la posición que ocupa el/a arteterapeuta, como miembro integrante del equipo profesional, en el desarrollo de un trabajo interdisciplinar”.

Añade otro/a de los profesionales un análisis desde la realidad de la profesión en el que muestra que “**la figura del arteterapeuta** es muy poco conocida y no suele estar integrada en los equipos interdisciplinares, por lo que el esfuerzo para dar a conocer los beneficios de esta disciplina deben ser mayores que en el caso de otros profesionales. También es importante remarcar la **necesidad de una formación continuada, supervisión, terapia personal**, etc. para lograr una buena **eficacia de nuestras intervenciones** y ayudar así a **visibilizar la profesionalidad del arteterapeuta**”. Es importante poner en relación este tipo de respuestas con otras que evidencian la aceptación efectiva de la disciplina y sus profesionales, como se extrae de la respuesta que señala que “me he sentido valorada por el equipo multidisciplinario y creo que **valoran arteterapia** también”.

Se citan textualmente las palabras de un/a arteterapeuta que indica que “me alegro por haber puesto una buena cantidad de tiempo para responderla. Creo que ha valido la pena y espero que pueda servir para una **mayor y mejor comprensión del arteterapia y de la figura del arteterapeuta** en nuestro país”. Pero señala que “al mismo tiempo, mientras iba respondiendo, he sentido como si hubiera hecho un diagnóstico sobre mi última **experiencia en un equipo interdisciplinar**”. Sobre la experiencia aporta un diagnóstico “con luces y sombras”, entendiéndola como “una experiencia valiosa de aprendizaje, a veces un aprendizaje fácil, a veces difícil”. Se refiere al equipo como un grupo humano de

talento y buenas cualidades que sin embargo “era incapaz de “poner sobre la mesa” sus propias dificultades, resistencias, asunciones sobre los roles jerárquicos, etc.”.

A este “material” se refiere como “material inconsciente o subyacente” que “obstaculizaba la fluidez, la confianza mutua, etc.”. Este es en gran medida el “material” que todos los equipos habrían de poner a trabajar en la supervisión, algo que como se ha visto, no siempre se cumple en cada institución.

Sobre la seguridad del arteterapeuta parece cierto que la **propia valoración del trabajo** es importante cuando otros elementos desafían por ahora la posición de los/as profesionales en España. Así el/la profesional señala como paradójico “que el trabajo arteterapéutico directo con los pacientes fue un éxito, tuvo importantes frutos (además, esto fue reconocido por parte de ese equipo posteriormente)”.

De forma muy generosa en su respuestas, el/la mismo profesional ofrece a la entrevistadora dos preguntas (que señala no haber respondido pero sobre las que aporta señuelos o pistas en la entrevista). Por lo importante de ambas, se reflejan aquí textualmente y serán tenidas en cuenta para el **futuro desarrollo de la investigación**. Estas son:

- “¿Cómo es que en un equipo interdisciplinar que no es del todo armonioso y funcional, pueden darse frutos terapéuticos claros, comprobables y exitosos en la atención directa con los pacientes?
- ¿Qué factores pudieron incidir en estos resultados, incluso a pesar del equipo interdisciplinar y su funcionamiento?”.

Se dieron diferentes motivos por los que varios/as arteterapeutas no accedieron a responder a la entrevista, en su mayoría por la falta de tiempo. Tan solo uno/a de los entrevistados se limitó a señalar directamente en las conclusiones que no iba a responderla porque tras leerla, la conclusión era que “para nada siento que he trabajado integrado/a en un equipo. Hasta ahora no puedo decir que tenga esta experiencia, si bien he tenido coordinaciones cuando hice prácticas y muchos intentos de trabajar en equipo en la asociación de alzheimer en la que estuve haciendo arte terapia un tiempo”. Es, sin embargo un

testimonio muy valioso que da cuenta de las **necesidades e inestabilidad propias de la realidad profesional del arteterapia en España**. Al respecto el/la profesional señala que “sintiéndolo mucho no la voy a rellenar, me imagino que para ti ya esto será indicativo de algo de cara a la tesis”.

Se encuentran nuevas respuestas al respecto de la entrevista. Alguno/a de los profesionales señala de nuevo el **ejercicio de reflexión** ha supuesto sobre “el *papel de la arteterapia* dentro del hospital de día de adultos. Sobre la **importancia de formar parte de un equipo terapéutico** en el que hay lugar para la diferencia porque consideramos que esta, enriquece la mirada y por tanto la intervención con los pacientes”. Uno/a más completa la mirada refiriéndose “fundamentalmente a la importancia del trabajo conjunto de los diferentes profesionales que intervenimos en un mismo proceso terapéutico”.

Resulta significativo el testimonio de otro/a de los profesionales sobre la **modificación de su posición arteterapéutica** tras el trabajo con el equipo. Así, comparte que “hace años en el equipo donde trabajaba estaban más definidas las orientaciones en general y mi intervención estaba más condicionada. Sin embargo los años de experiencia han afianzado mi posición en el equipo y mi independencia. De tal modo que es más fácil colaborar aún no compartiendo el mismo modo de intervención”. En opinión de la investigadora, la valoración de esta posición aporta seguridad al profesional y al equipo, y potencia el alcance de la intervención integral.

Resulta importante para la investigadora reseñar la valoración específica de otro/a de los profesionales con un perfil dual, en este caso arteterapeuta-psiquiatra cuando señala que “respecto al de visión de la percepción del arteterapia por parte de otros profesionales, no soy muy objetivo/a, ya que trabajo como psiquiatra, y, como arteterapeuta, esta disciplina es para mí otra herramienta de trabajo terapéutico”.

En otra respuesta se señalan aspectos positivos sobre el análisis de la situación del trabajo interdisciplinar en España. En ella se señala que “me he dado cuenta de los aspectos a tener en cuenta y que se tienen de cuidar para que el intercambio y el trabajo conjunto se den. Me parece más positiva la situación del trabajo

interdisciplinar de lo que pensaba. Imagino que en equipos donde el trabajo es desde lo terapéutico para todos los profesionales del equipo, es todo mucho más complejo”.

Emergen del discurso algunas **necesidades** “de aumentar la formación común y la supervisión”. Y ciertas incertidumbres al respecto de la realización de la entrevista que invitan sin embargo a la autorreflexión: “lo cierto es que, aunque creo que algunas de mis aportaciones pueden resultar interesantes para la investigación, no estoy segura de haber contestado exactamente a todas las preguntas que se me hacían. Personalmente, el haber contestado a la entrevista me invita a una reflexión personal sobre el trabajo en un equipo multidisciplinar”.

Un/o de los arteterapeutas señala como concusión “la **importancia de que nuestro trabajo logre ser visible** y práctico dentro de un equipo multidisciplinar. Y en ese sentido tengo todavía mucha tarea que realizar...”. O la toma de conciencia por otro/a de los informantes de que a menudo “los propios usuarios valoran más mi trabajo que mis propios compañeros de equipo”.

Un/a de los arteterapeutas reafirma el que es casi el punto de partida de esta investigación; que “**la arteterapia resulta ser un método único para la salud mental**. La arteterapia consigue aunar la terapia desde la palabra con el uso de lo proyectivo. Es tan beneficiosa porque cuando el paciente no puede poner palabras a lo que le hace sufrir puede poner una imagen que dé cuenta de lo que hay en su interior, desde la que poder representar y que posibilita su elaboración posterior”.

En palabras de otro/a compañera la conclusión parece ser “la **importancia y la significación de la integración de nuestra disciplina y nuestros profesionales en los equipos interdisciplinarios**. Debo reconocer, que me encuentro en una situación privilegiada y que no dejo de ver las enormes dificultades que aún vivimos para integrarnos en distintas instituciones”. Esa sensación es compartida por otro/a de los entrevistados, pues según su experiencia puede señalar que “si bien en el marco del hospital donde desarrollo mi intervención la integración es muy elevada, en otros hospitales en que he

presentado proyectos iguales, me he encontrado con un **profundo desconocimiento de los aspectos diferenciales** por parte del equipo, provocando el rechazo del proyecto”.

La investigadora cree oportuno incluir la conclusión de un/a de los profesionales entrevistados que sobre la entrevista señala que “es una entrevista que en muchos casos no he acabado de comprender bien. [...]. Lo veo muy enfocado en el trabajo en equipo, pero si no fuera el caso, esta entrevista es difícil de contestar”. Y añade, “espero saber sobre las conclusiones porque quizás así entenderé más las pregunta”.

Se cierra este apartado con dos valoración distintas al respecto. La primera señala y hace evidente lo que esta investigación persigue y es que “todavía hay mucho trabajo por hacer y creo que **trabajos como esta investigación son fundamentales**”. La segunda, por su generosidad al agradecer “por hacerme participe de tu investigación. Espero que sirvan estas letras”.

Sin duda así ha sido, en agradecimiento a todas ellas.

Aprovecha la investigadora para señalar que todas ellas son fruto y autoría de quiénes las han redactado. El papel de la doctoranda en esta investigación es servir de mediadora y puente entre las voces de los/as profesionales y ponerlas al servicio del trabajo de investigación.

En ningún caso es su objetivo apropiarse de ellas, como como mucho, hacer resonar la suya propia en una cartografía de realidad de enorme complejidad y riqueza.

8.1.2 Entrevistas a otros y otras profesionales que trabajan en equipos interdisciplinares en los que se integra la figura del/la arteterapeuta.

Se incluyen en este apartado las conclusiones relativas a las entrevistas realizadas a algunos/as profesionales que trabajan en los equipos presentes en el contexto de la etnografía 3 descrita en el próximo epígrafe, así como al equipo que trabaja en el Hospital de Día de adultos referenciado en el epígrafe sobre los antecedentes de esta investigación.

El contacto fue realizado de forma directa por parte de la investigadora y la entrevista enviada vía email. Se obtuvieron un total de seis respuestas, cuatro de ellas grabadas en grupo y dos de ellas de forma escrita e individual.

En el caso de la etnografía 1, los miembros del equipo originario del proyecto ya no permanecen en la institución. Se trató de realizar el contacto con la gerencia del hospital pero no fue posible. De dicha etnografía sin embargo, se entiende que el testimonio del/la psiquiatra entrevistada en la etnografía 3, anterior miembro de ese equipo, ofrece luz sobre la valoración que del arteterapia y su aportación puede hacerse, más teniendo en cuenta que dicho proyecto supuso el germen inicial para el desarrollo de la etnografía 3 que mantiene su continuidad.

Igualmente, el/la psiquiatra responsable de aquel proyecto desarrolla su trabajo en la actualidad como miembro del equipo entrevistado para el área de adultos de la experiencia antecedente de esta investigación. De sus valoraciones se desprenden igualmente algunas conclusiones significativas al respecto. Se relejan los resultados en la siguiente tabla:

Perfil	Respuestas
Psicólogo/a clínico/a	2
Psiquiatra	2
Enfermero/a clínico/a	1
Terapeuta Ocupacional	1
Total	6

Figura 8-5. Serrano, A. (2015) Perfil de otros/as profesionales entrevistados.

Para el análisis de las entrevistas y del discurso en ellas empleado por los y las profesionales se ha empleado el *software* NVivo10, un programa para el análisis y estructuración de los datos de carácter cualitativo, como lo son las entrevistas desarrolladas por escrito por dos de los entrevistados y la grabación de la entrevista grupal del resto de ellos.

El modelo de entrevista semiestructurada planteaba un total de 35 preguntas diseñadas en función de los ejes temáticos de la investigación y que ofrecen valoraciones relativas a los contenidos fundamentales de esta tesis:

- Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual).
- Concepción y mirada acerca de la salud mental de forma genérica, con especial énfasis en la salud mental infanto juvenil.
- Influencia del modelo institucional en el abordaje terapéutico por parte del equipo interdisciplinar.
- Papel del trabajo del equipo interdisciplinar en la mejora bio-psico-social de los pacientes. Metodología (reuniones, desarrollo de informes, etc.) de intervención interdisciplinar. Qué factores contribuyen a que sea más efectivo/favorable el tratamiento diseñado para cada paciente y grupo y cuáles no.
- Vinculación del equipo terapéutico: modelos de relación horizontal, jerárquica, mixta, etc.
- Fortalezas y debilidades de la propia disciplina en relación con las disciplinas presentes en el quipo terapéutico.
- Comunicación, confianza y confidencialidad.
- Importancia de la obra arteterapéutica y papel que juega en la triangulación (reuniones, desarrollo de informes, etc.) y en el proceso terapéutico integral.
- Encuadre (similitudes/diferencias) entre el arteterapia y el resto de disciplinas.
- Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.
- Tipo de triangulación en el equipo interdisciplinar y valoración/análisis de los datos.
- Conclusiones.

Las entrevistas realizadas individualmente vía email fueron contestadas por dos informadores/as clave, psiquiatra y psicólogo/a clínico/a, miembros del equipo terapéutico de la etnografía 3 descrita en esta tesis. Dicha experiencia se refiere a un Hospital de Día infanto Juvenil en el que se desarrolla un proyecto de arteterapia desde julio de 2012 y en el que la arteterapeuta investigadora se integra como coordinadora del mimo y arteterapeuta responsable de los grupos B y C de 9 a 14 años.

A continuación se procede al análisis cualitativo de sus aportaciones. Se parte de una valoración visual de las palabras más frecuentemente utilizadas por ambos/as a lo largo del discurso narrativo desplegado en las respuestas y que se recoge en la siguiente nube conceptual:



Figura 8-6. Serrano, A. (2015) Frecuencia de términos clave en las entrevistas realizadas vía e-mail a otros/as profesionales entrevistados.

La mención directa o alusión a aspectos relacionados con cada nodo (tras un proceso de codificación y selección de repeticiones de palabras de más de cinco leras) se refleja en el tamaño de la palabra. Se analizan a su vez las correlaciones entre palabras en relación al número de veces en que han sido usadas juntas.

Destacan (por tamaño y número de repeticiones) los términos: trabajo (en) equipo, ambos términos que se correlacionan directamente, aspectos-profesionales, intervención-terapéutico, paciente, arteterapia (como) disciplina, profesional, relación, proceso y desarrollo.

En la siguiente gráfica se observa de nuevo la mención específica por ambos/as a algunos indicadores de los que se mostraban en la imagen anterior, extraídos de los ejes temáticos de los que se desprende la investigación. En general, los aspectos relacionados con la interdisciplinariedad; la comunicación, la confianza y la confidencialidad; el modelo institucional y el marco-teórico referencial, son algunos de los más frecuentemente mencionados en las entrevistas.

Entenderemos para su análisis y validez que la repetición se entiende como aquello a lo que en el discurso, el/la profesional otorga valor específico dentro del marco/tema por el que es preguntada.

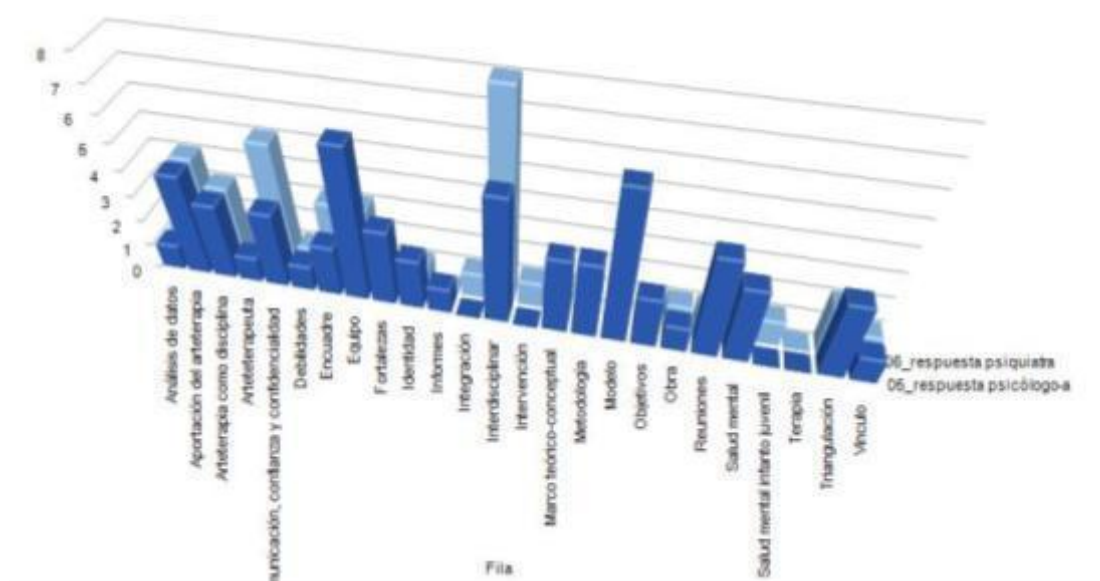


Figura 8-7. Serrano, A. (2015) Comparativa valor otorgada a los términos clave por los otros/as profesionales entrevistados.

La entrevista grupal fue registrada por la entrevistadora y transcrita manualmente. El orden de las preguntas se fue adaptando a las respuestas del grupo e hilando con los ejes de la investigación, de manera cercana a como suelen

desarrollarse los grupos de discusión en la investigación cualitativa, por lo que se ha incluido el modelo de entrevista y la transcripción en los anexos III y IV a fin de facilitar la comprensión de su análisis.

Fueron contestadas por cuatro informadores/as clave, psiquiatra, psicólogo/a clínico/a, enfermero/a clínico/a y terapeuta ocupacional, miembros del equipo terapéutico de la etnografía descrita en los antecedentes de esta tesis. Dicha experiencia se refiere a un Hospital de Día de adultos en el que se desarrolla un proyecto de arteterapia desde 2008 y en el que la arteterapeuta investigadora colaboró como observadora participante e investigadora.

Los nodos de codificación se han mantenido para establecer correlación y sentido entre las respuestas de todos los informadores entrevistados, arteterapeutas y otros/as profesionales. La estructura en árbol queda establecida de la misma manera que en el apartado anterior y son:

- Salud mental
 - Salud mental infanto juvenil
 - Terapia
- Equipo
 - Comunicación, confianza y confidencialidad
 - Informes
 - Integración
 - Interdisciplinar
 - Objetivos
 - Reuniones
 - Vínculo
- Análisis de datos
 - Triangulación
- Marco teórico-conceptual
 - Intervención
 - Metodología
 - Modelo
- Arteterapia como disciplina

- Aportación del arteterapia
- Arteterapeuta
- Encuadre
- Identidad
 - Debilidades
 - Fortalezas
- Obra
- Conclusiones

➤ **Análisis cualitativo de las respuestas**

Se parte del encuadre de las entrevistas en el ámbito de **la salud mental** revisando la concepción que de esta tienen los y las profesionales entrevistados y el modo en que dicha concepción puede verse modificada por el marco interdisciplinar. Para el/la psicólogo/a la salud mental es entendida como el reconocimiento de las capacidades y potencialidades existentes en el paciente que le permitirían confrontarse y resolver las dificultades que soporta con una visión integral de su personalidad. Se añade que en el proceso diagnóstico y de comprensión predomina en su trabajo una mirada dinámica flexible ya que el propio modelo grupal e interdisciplinar amplía las perspectivas. El/la psiquiatra añade la idea de que a la salud mental se llega cuando la intervención ayuda a la persona a sentirse mejor consigo misma y en buena armonía con el principio de realidad.

En la puesta en práctica de estos aspectos ambos informantes concuerdan que ayuda el compartir una mirada epistemológica común, por ejemplo en el ámbito de la infancia, en el que los profesionales destacan como positivo que existan bastantes profesionales que tienen un acercamiento y comprensión psicodinámica de la salud mental, siendo el paradigma predominante en su contexto de trabajo.

En base a sus respuestas se puede afirmar que su **desarrollo metodológico** para el ámbito de la salud mental vendrá determinado por un **modelo**

institucional y por la dinámica de **trabajo en equipo**. De la existencia de un **marco interdisciplinar** se señala que es decididamente un beneficio, siempre que haya “acuerdo para disentir”, desde el respeto de puntos de vista o metodologías diferentes, y que exista la premisa de coordinarse y confrontar las posibles disonancias.

En relación con su propia experiencia señalan que considerando las limitaciones de horario, la comunicación es lo suficientemente profunda, para lo que se emplea la elaboración de un relato previo, que permite al equipo conocer el estado de la situación más actualizado y tras el cual, se comentan después las vicisitudes de cada paciente y del grupo en el que está inserto.

Para ambos perfiles profesionales tal metodología de trabajo está directamente relacionada con los conceptos de interdisciplinaridad imperantes, además del modelo esencialmente “grupal” de la intervención, el trabajo de la relación consigo mismo, sus iguales y su entorno, privilegiando el uso de la reflexión, ayudando a mantener una escucha activa y una utilización del lenguaje frente al acto. Todo ese trabajo, para cada paciente.

Se articula en el proceso global, es decir, desde el ingreso, de manera que existe un periodo inicial de evaluación de cada uno de los pacientes en el que se trata de valorar aquellos aspectos del sí mismo que están afectando e impidiendo de forma masiva su desarrollo. Se valoran a su vez aspectos internos como funciones instrumentales, aspectos emocionales, defensas predominantes, juicio de realidad y forma de vincularse, entre otros. También es necesario evaluar el contexto social y familiar y añaden que en el caso específico de su ámbito de trabajo (etnografía 3, hospital de día infanto juvenil) al mantenerse dentro de la multidisciplinariedad del equipo, unos modos de intervención limitados, se estudia y se hace un diseño de aquellos que son más adecuados al momento del niño.

La **interdisciplinariedad** conforma pues el marco de comprensión del trabajo global que se desarrolla de la que los/as profesionales entrevistados dicen que el trabajo en equipo y lo multidisciplinar son un enriquecimiento en el abordaje del niño grave y actúa a su vez como una herramienta para que los

propios/as profesionales integren una visión más amplia, más completa, más poliédrica de una realidad muy compleja que además de cuestionarles y completarles, les “asegura” en el trabajo cotidiano.

En relación con una posición dinámica señalan que dada la complejidad del aparato psíquico, de lo mucho que queda por conocer y comprender, es importantísimo que los profesionales no tengan una visión sesgada o parcial que les prive de entender lo complejo, desde la complejidad. Aspecto que a su vez, ahonda en la seguridad antes señalada.

De los aspectos metodológicos de lo interdisciplinar servirán todos aquellos que permiten ver al paciente como un todo. Señala el/la psiquiatra que en su caso le ha ayudado a tener consciencia de que hay muchas formas de entender y pensar lo que les ocurre a los pacientes y que también son múltiples las formas de intervenir.

Lo interdisciplinar es considerado no solo como la suma de las disciplinas pues ocurre que simplemente juntar varias disciplinas no hace que estas se entiendan. Se señala el ejemplo en el que por ejemplo desde una orientación psicoanalítica hay algunos puntos de vista, como aquellos que sólo tienen en cuenta la conducta, con los que resulta difícil compartir la comprensión sobre los casos. Aunque la mayoría de las veces los profesionales se ven guiados más por la experiencia que por los ejes de referencia teóricos y en ese caso siempre existen modos de entenderse.

En el trabajo en equipo dicho entendimiento pasa por un reconocimiento del lugar que ocupan los diferentes profesionales, para lo que estos/as deben contar con capacidad de descentramiento aceptando otros puntos de vista y también conciencia de los límites de la propia disciplina y del propio equipo.

Parte de ese entendimiento puede tener que ver con el proceso de vinculación de los profesionales a lo que el/la psicóloga responde que dicho proceso de vinculación debe deberse a una “mutua confianza en el saber profesional”, lo que en su caso entiende es básico para construir un trabajo conjunto, realmente estructurado, el tener un lenguaje común, el conocer los

alcances y límites de cada propuesta terapéutica y esencialmente ser muy respetuosos con el encuadre de cada uno. Y al que añade que si la relación personal es consistente, el clima de trabajo es placentero, algo que percibe de su propia realidad. Por su parte el/la psiquiatra añade reforzando esta hipótesis que se trata de la mutua confianza en el saber profesional que se acompaña y refuerza sobre una buena relación personal. Y añade algunas pautas para lograrlo como son el compartir una serie de principios y objetivos sobre los pacientes a la hora de intervenir y poder elaborar un plan, entendiendo como una fortaleza y una ventaja el que cada uno aporte su perspectiva enriqueciendo las posibilidades de intervención.

Preguntados/as por sus experiencias en el trabajo interdisciplinar concluyen que las distintas disciplinas aportan ventajas, incluso sinergias, siempre y cuando se apliquen de una forma coordinada y con una continuidad de sentido. Aportando datos más concretos se señala por ejemplo que una medicación para la impulsividad se puede dar a la par que una intervención que mejora la mentalización, ambas con unos objetivos claros previamente establecidos. Dicho de forma más clara por el/la informante, en el equipo “cada uno aporta lo que sabe hacer mejor y si esto se coordina bien, el paciente sale ganando”.

Desde esa perspectiva como de prisma cuando se habla de un paciente, de un gesto o un avance, las profesionales señalan hacerlo desde un intento de síntesis participativa para construir entre todos una imagen del paciente que no es individual. Esto lo que va es a permitir al equipo pensar la intervención de forma conjunta. En ese punto se transmite la idea específica de diferentes caminos posibles en la búsqueda de soluciones y de la necesidad del intercambio y la reflexión con otros.

En la continuidad de ese diseño de intervención de cara al proceso terapéutico se han de ir acompañando los hallazgos propios del proceso. Preguntados/as por el desarrollo de la triangulación y el análisis de los datos, los/as informantes señalan que los/as profesionales registran lo intercambiado, con especial mención al arteterapia, a través de anotaciones, similares a las que se recogen en otras reuniones o terapias, y en las que trata de desarrollar una

descripción lo más literal y objetiva posible, para poder transmitida al resto del equipo.

Desde ese marco de seguridad se proponen los **objetivos terapéuticos** para cada paciente, siendo en las reuniones de equipo, donde se plantea la oportunidad de ingreso de un paciente y el ámbito en el que se toman decisiones sobre objetivos generales que se persiguen conseguir con el paciente y su familia, objetivos que son revisados continuamente. El/ la psiquiatra añade que tras la evaluación y detección de los problemas fundamentales del niño o adolescente se plantean en equipo los objetivos a trabajar, que serán abordados por cada miembro en su espacio de intervención.

Preguntados por las dinámicas de interrelación entre los profesionales del equipo y su revisión constante, los/as profesionales informantes destacan que no solo lo relativo al trabajo con los pacientes ha de ser revisado como parte del trabajo en equipo, en su mayor parte como contenido de trabajo de las reuniones, sino también todo aquello que tiene que ver con las posiciones y roles dentro del propio equipo, de los que señalan se hace en su contexto de trabajo a través de una supervisión externa y una interna, un control y revisión de posiciones y dificultades, tanto en el trabajo con los pacientes como de ellos mismos como equipo. En estos encuentros surgen los “posicionamientos, sentires, percepciones, angustias y sensaciones de cada uno de los integrantes”.

Revisando el conjunto de nodos **arteterapia como disciplina**, los profesionales entrevistados señalan que el campo de la salud mental resulta en su opinión el campo de aplicación y desarrollo más pertinente para el arteterapia y donde mayores posibilidades de intervención y cambios pueden producirse ya que entienden que como disciplina considera que la enfermedad va a incidir obstaculizando el proceso creador del sujeto, por lo que dicho espacio para la intervención permite una posibilidad de integrarla como una disciplina que favorece el desarrollo de capacidades creadoras y facilita la experiencia de proceso y de proyecto. Desde su perspectiva, una de las informantes señala que “es un espacio que ofrece la posibilidad de una creación libre, de conseguir producciones propias de los niños que ellos valoran y en las que se pueden reconocer. Aporta

una forma de acercamiento a la que no estamos acostumbrados los profesionales sanitarios, algo libre de las concepciones de salud y enfermedad, otra perspectiva la de la persona y su relación con sus posibilidades de creación”.

Respecto de **lo específico del arteterapia** en la mirada hacia los y las niñas y sus posibilidades para la salud mental infanto-juvenil, de su aportación concreta, se recogen datos en sus respuestas que señalan que en ocasiones los mediadores utilizados han permitido que algunos pacientes alcancen una comprensión de sí mismos, o de sus conflictos antes que en otras terapias propuestas, de forma que para el equipo del contexto desde el que responden a las entrevistas, la experiencia de contar con el arteterapia está siendo una “experiencia intensa, fructífera, que ha completado y acompañado acompasadamente el proceso de crecimiento o las dificultades de cada niño, sin entrar en contradicciones con el marco general, enriqueciendo la mirada sobre los niños”.

De esas **aportaciones** destacan en sus palabras “que aquello que permitió vislumbrar aspectos no trabajados o reconocidos con un paciente en terapias verbales o de juego y que surgen a través del arte, debe y tiene que ser aprovechado en beneficio del paciente, ya sea revisando objetivos o intervenciones generales o específicas” y que “el trabajo que el niño está realizando muchas veces permite entender otros aspectos de lo que le ocurre que no han sido verbalizados ni encontrado otra forma de expresarse”.

En el modo de concretarlo para la práctica clínica se señala que en el trabajo diario los profesionales se someten a la continua reflexión y cuestionamiento y que esto les ha llevado a integrar, en el caso concreto de arteterapia, aspectos del trabajo sobre los niños que les llegaban de su funcionamiento en este espacio. En el caso concreto de su espacio de trabajo en el que basan sus respuestas, las aportaciones que las personas encargadas de la coordinación con las arteterapeutas transmiten, son valoradas, tenidas en cuenta y analizadas, pero sin olvidar que por la naturaleza de la interdisciplinariedad, resulta difícil diferenciar en el avance de un niño en un dispositivo de hospital de día que una sola intervención haya favorecido su progresión, sino que se entiende que en los

diferentes espacios se observa como el niño va progresando y el equipo analiza de forma conjunta qué le está ayudando.

Preguntados/as sobre la **revisión del encuadre**, la tarea específica del trabajo de coordinación del equipo interdisciplinar en el que se integra el arteterapia, favorece el encuadre interno, ya que parte de concepciones generales con muchos puntos de encuentro, siendo las variantes casi inexistentes. De los puntos de encuentro se señala el mantener frecuencia, horario, terapeuta, espacio físico, mínimas reglas o formas de convivencia, confidencialidad y explicitación de una tarea y los roles de cada uno en ella, etc. La diferencia por ejemplo en cuanto a las terapias desarrolladas por el/la psicóloga en un dispositivo de hospital de día, es la existencia de una obra, “de una materialidad, que encarna, aquello vivido, sentido y pensado y sobre lo que se puede volver, en apariencia, con más facilidad”. Otro/a profesional refuerza la idea de que en el encuadre no se ven diferencias más que las provenientes del uso diferente de materiales. Sí añade después una, que es la libertad que se ofrece para el desarrollo del proceso. De esa libertad se desprende uno de los considerados beneficios específicos como es “justamente ese permitir un proceso de creación en unos niños muy acostumbrados a la repetición y a no sentirse seguros de poder obtener cosas propias”.

Del modo en que el entramado interdisciplinar da cabida al arteterapia, es relevante considerar de sus respuestas algunos elementos específicos a nivel metodológico, como son la articulación de la **comunicación y el intercambio** en aquellos casos por ejemplo en los que aún siendo parte de la intervención, la asistencia de las arteterapeutas por ejemplo una vez a la semana, en régimen de colaboraciones externas, limita mucho la dimensión de trabajo de equipo en el que el/la arteterapeuta pueda aportar lo máximo.

Tomando como punto de partida la experiencia de su contexto de trabajo, el/la psicólogo/a considera que hasta el momento, los métodos utilizados para compensar tal situación han demostrado ser eficaces. Esto es la puesta en común de la información relativa al niño y al grupo con el que se trabajará, previamente con la descripción de las circunstancias relacionadas con la patología, etapa de desarrollo en la que se encuentra cada paciente, y las características del grupo en

el que está inscrito, así como su devenir “semanal” en los informes previos a la sesión de arteterapia, el intercambio realizado a posteriori y el esfuerzo de síntesis realizado trimestralmente. Sobre esto último, el intercambio oral, escrito y a través de presentaciones de PPT ha demostrado su utilidad para el entendimiento del proceso por parte del equipo.

El/la psiquiatra añade un aspecto clave sobre estas maneras y modos de intercambio de información, que será el conocimiento sobre el modo de entender la comunicación y la confidencialidad, conceptos que deben estar suficientemente aclarados y comprendidos desde el principio, tanto lo que imponga la organización de la institución (la gerencia y los contratos) como los que el grupo real, actual utiliza en su accionar diario. Concreta en su respuesta que “la comunicación en el equipo debe ser eficaz, clara, en tiempo, horizontal, objetiva en la medida de lo posible”. Añade y por su relevancia se transcribe que “la confidencialidad es un asunto complejo en el trabajo interdisciplinar, ya que lo dicho o actuado en un ámbito puede querer preservarse en ese entorno, encontrar el equilibrio entre la necesidad de compartir hallazgos, logros, puntos de encrucijadas y la demanda del paciente de privacidad, deberá ser contemplada en el caso a caso, respetando la voluntad del paciente. La confianza es una premisa que se ha ido construyendo, con todos sus avatares. Cada grupo genera su propio modo de interacción, entiendo que el nuestro (equipo), en este momento, acumula una experiencia compartida, que nos permite funcionar en sintonía, conociendo la implicación y el apoyo real, objetivo con el que contamos en cada circunstancia, especialmente en las crisis de los pacientes, para poder funcionar con una margen de confianza muy amplio, además de la subjetividad y del afecto que el grupo ha alcanzado”.

Ampliando matices a la comunicación con el equipo, **la obra o producción artística** juega un importante papel que conviene analizar en lo relativo al arteterapia. Los profesionales señalan que la información relativa a ella ha de transmitirse lo más fielmente posible, es decir, libre de juicios y modificaciones subjetivas en la medida de lo posible, y añaden reforzando la idea de que se trata de “información, información clara y objetiva”. De los aspectos que pueden resultar significativos para compartir sobre la obra algunos profesionales señalan “la

importancia de conocer las premisas que la han hecho posible, el clima de trabajo en el que se han desarrollado, los afectos que ha movilizado, las resistencias que ha levantado, el volcado o cierre que ha concluido ese proceso”. De alguna manera los profesionales han entendido que deben conocer mucho del proceso, más que de la obra en sí. Sobre la obra en sí, como soporte material, no se considera necesaria de manera absoluta. Ayuda tenerla presente para poder hablar de ella o transmitir lo conversado a otros compañeros, en los límites de la confidencialidad y pertinencia anteriormente descritos.

Para todos los profesionales, la formación refuerza la sensación de una **identidad profesional** específica que se estructura sobre una formación de base en línea con unas u otras corrientes, así como de la interacción con otros/as profesionales bien de la misma disciplina o de disciplinas diferentes. Respecto de la interacción con profesionales de la misma disciplina, el/la psicólogo/a destaca las distintas concepciones de la estructuración del aparato psíquico que permiten comprender algunos casos, especialmente los de difícil diagnóstico, desde otra mirada y pensar las intervenciones de una manera más flexible.

Desde cualquiera de las miradas la psicoterapia es en general comprendida como una forma de intervención que tiene como fin aliviar a las personas que sufren de sus ideas y pensamientos sobre sí mismos, los otros y/o la realidad. Esos son aspectos que suponen un punto de encuentro para la relación interdisciplinar.

Cada profesional, llevado al análisis al preguntarles sobre ello, es capaz de reflexionar sobre **las propias fortalezas y debilidades**. Para el/la psicólogo/a un aspecto de debilidad puede ser el hecho de que las dinámicas más vivenciales parecen alejarse a menudo de su práctica; en el caso concreto del entorno de trabajo de los/as entrevistados, la propia organización permite acompañar a los pacientes en muchos espacios estructurados que aportan elementos de trabajo, interrogantes o modos de actuación diversos; en el caso del/la psiquiatra podría cierta debilidad estar en “la propia psiquiatría con un arraigado interés en buscar y trabajar los aspectos enfermos de los niños y menos acostumbrada a fijarse en los sanos”.

Sobre los aspectos de fortaleza, para el/la psicólogo/a pueden residir “en acceder a un conocimiento más profundo del psiquismo del niño, al participar de la evaluación diagnóstica y de terapias en las que se despliegan conflictos y potencias de los pacientes, además de tener una vinculación intensa con su familia, a través del grupo de padres y entrevistas individuales y con su entorno, con el contacto con derivantes y colegios”.

Tras la realización de la entrevista los y las profesionales concluyen que realizarla supone en su caso concreto “la comprobación de la enorme necesidad de que en las patologías graves las puertas de acceso al psiquismo, sean diversas y entrelazadas entre sí” y en lo relativo al arteterapia como tema que subyace a todo el proceso de investigación, “que pretende conseguir una mayor integración dentro de los equipos de salud mental lo que significa conocer y entender que es lo que se espera de ella”. Se alude en sus respuestas a una ventaja de arteterapia en salud mental que puede estar en la propia esencia de esta disciplina que trata de que se produzca algo genuino del sujeto apelando a la existencia, a sus posibilidades para crear y no entreteniéndose tanto en los elementos intermediarios como síntomas, capacidades o no capacidades”.

➤ **Análisis cualitativo de las respuestas recibidas en la entrevista grupal**

En relación con la **terapia/psicoterapia y proceso terapéutico/psicoterapéutico**, las respuestas quedan circunscritas al marco que impone la institución en el ámbito de la salud mental en la intervención con adultos. Se pregunta a los profesionales sobre el entendimiento de dichos aspectos desde la propia disciplina. Resulta interesante señalar la necesidad de un tiempo para responder que contemple las posiciones de los y las compañeras, desde donde parece más fácil responder. Coinciden con diferentes matices en la necesidad de favorecer la capacidad funcional del paciente solo si está acompañada de un entendimiento por parte de éste de las circunstancias que han podido determinar la patología o el ingreso, y siempre en relación con la propia biografía. Señala el/la

enfermero/a que esto es algo que “él solo no puede abordar, le ayudamos a pensarla, le ayudamos a asimilarla,...” refiriéndose al rol del terapeuta como acompañante, posición que coincide con la arteterapéutica.

Desde lo específico de la enfermería el/la entrevistado/o refiere su trabajo en relación “con un **equipo multidisciplinar** como enfermero/a especialista de salud mental”, especialidad esta que en sus palabras ofrece “una visión un poco más amplia que una enfermera generalista” que permite compartir y ser parte activa del proceso de trabajo del equipo en relación con cada paciente. Esto le aporta seguridad que se desprende de sus palabras cuando señala verse “capacitado/a para centrarse en lo que es la **salud mental**, en el aspecto psicológico del paciente”, además de los aspectos de autocuidado, autonomía, funcionalidad, etc.

Sobre el proceso terapéutico el resto de profesionales apoyan esa bidireccional y complementaria del entendimiento, entender para ayudar a entenderse, es decir, “tratar de entender al paciente” y cuáles han sido las circunstancias biográficas que le han llevado a la posición o momento actual. Su tarea reside en palabras del psicólogo/a clínico/a “en ayudarle a reconstruir un poco su historia, su narrativa, a tratar de entenderse a sí mismo y conocerse más para ver hasta dónde podemos llegar en ayudarle a recuperar un nivel de salud”.

El/la terapeuta ocupacional se coloca sin embargo desde una posición a su vez de acompañante del equipo desde otro lugar, focalizando la intervención en lo que los pacientes hacen y señala ese hacer en lo relativo al “ocio, AVD, y de cómo se manejan en casa”, así como la recogida de los intereses de aprendizaje y desarrollo del momento relacionados con el después. Por su parte el/la psiquiatra: también se aleja en cierta medida del proceso psicoterapéutico, manteniendo sin embargo la mirada hacia el paciente como un todo, con interés y preocupación, “desde el saber, la historia, la narrativa”, afianzando esa tesis compartida en el equipo de que “podamos entender y ellos con nosotros qué se ha producido, cómo se ha producido, qué circunstancias se han dado que podrían ser diferentes para intentar una reparación y si no, un cambio, en la dinámica del estar enfermo”. Desde su posición, el trabajo estaría en cercarse a lo que ocurre “de una forma diferente en que se entienda, en que lo entiendan, y que permita el cambio”.

Desde el inicio de la entrevista se hace evidente esa idea del paciente como un todo al que **el equipo**, igualmente, se acerca como un todo integrado por las diferencias. Tal aspecto hilará la conversación y mediará las conclusiones, señalándose incluso una cierta dificultad para parcializar, pues cada uno desde la especificidad de su ámbito se ensambla con el resto para el diseño, planificación y desarrollo de la intervención. En palabras del psicólogo/a clínico/a en las **reuniones de equipo** el trabajo se da entre todos “aportando y recreando y ayudándonos a ver al paciente entre todos”, sensación que es vivida de forma intensa por los profesionales y recibida por los pacientes.

A este respecto señala el/la terapeuta ocupacional cómo esto permite a los pacientes un manejo más libre en la **comunicación** con los profesionales para dar respuesta a sus necesidades e indica el psiquiatra que de hecho, esa parcialidad aparentemente funcional de los equipos, “no te restringe el contacto con los pacientes ni disocia a los pacientes a la hora de lo que tienen que hacer”. Tal es el alcance y valor que este aspecto del trabajo en equipo otorgan que todos avalan esa afirmación dándole un matiz de homogeneidad y riqueza y afirman observar a su vez un cambio en la respuesta de los pacientes que les “viven” como equipo.

El/la enfermera se refiere a este logro como fruto del trabajo coordinado y de la intensa comunicación entre los integrantes, que a su vez tienen “integrado el equipo”. Y señala que “cuando estoy pensando en un paciente no solamente pienso en los objetivos de enfermería. Si capto cosas del resto de mis compañeros, en seguida lo intento recoger y transmitírselo”.

En este punto se abordan directamente los aspectos relativos al **diseño de objetivos**, analizando si en este proceso se tienen en cuenta los objetivos desde arteterapia, de qué manera se abordan y cuál es el proceso global. Todos señalan de igual manera el proceso quincenal en las reuniones de equipo en las que especifica el/la psicólogo/a que “se revisan los objetivos, los de los nuevos pacientes se establecen y se revisan los de los pacientes que ya están ingresados y entre todos vamos coordinando qué objetivos, horarios o en común, vamos a trabajar, en un periodo de tiempo; y luego se vuelven a revisar, si van resultando, si no van resultando, qué ajustes hay que hacer o qué seguimiento se mantiene”. Los

objetivos de arteterapia quedan normalmente integrados en ese “todo” integral que es el paciente.

Sobre la metodología de intervención pide la entrevistadora profundizar sobre la forma en la que desde cada uno de los espacios terapéuticos se ha de incidir con cada uno de los pacientes, en función de estos objetivos, tratando de vislumbrar **aportaciones específicas del arteterapia** en determinados casos. La respuesta es también coral al afirmar que no se puede generalizar sino que “depende de cada paciente”. Concreta el/la psicólogo/a que “a veces son simultáneos, a veces estamos esperando más a que funcione una cosa como puede ser la medicación para intervenir más terapéuticamente”, por señalar un ejemplo entre otros. Es apoyada por el/la enfermero/a que señala que “son planes de tratamiento individualizados, entonces con cada paciente funcionamos de una manera”, enmarcada dicha manera en las necesidades propias del sujeto.

Se incide en esta pregunta con el fin de concretar aportaciones específicas del arteterapia y el/la psiquiatra ilustra la valoración positiva de tales aportaciones aludiendo a un caso de trayectoria media (once meses) en el que “el paciente, después de estar aquí muchos meses, los espacios donde está poniendo sus situaciones, su problemática, su dificultad, son arteterapia y psicodrama [...] que son los dos grupos de manifestación de “lo de dentro” más activa y menos verbal, por decirlo así”. A estas disciplinas se refiere el/la psicólogo/a clínico/a como “las dos artísticas”.

Respecto del arteterapia el/la enfermera reconoce que permite a los pacientes una enorme apertura, lo que les ofrece un espacio para el trabajo personal que en otras terapias a veces no encuentran.

La entrevistadora profundiza en este punto en cómo es esto recibido por los pacientes y qué recatan ellos de tal aspecto para su propio proceso. Resulta importante para la investigación cómo los profesionales perciben una respuesta de los pacientes que no solo se refiere a arteterapia sino a la capacidad para rescatar de cada espacio aquello que les pueda servir. Sobre si arteterapia es valorada de forma diferente la respuesta es también en función de los pacientes, señalándose por todos ellos que hay pacientes a los que el trabajo plástico, desde lo simbólico,

más expresivo y proyectivo, propio del arteterapia, les traba “resistiéndose a trabajar en las terapias con otro tipo de lenguaje prioritario, pero los que pueden están encantados”. De nuevo surge la necesidad prioritaria de coordinación del equipo, en este caso concreto con el/la arteterapeuta.

Aspectos específicos de la **interdisciplinariedad** se hilan con las respuestas dado que ese funcionamiento favorable en un espacio es rescatado por el equipo y puede abrir vías para la **intervención** en otro espacio, siempre que el paciente lo consienta y sea informado. A tal respecto señala el/la psiquiatra que “en el caso que estábamos comentando, el paciente sabe que podemos trabajar en otros espacios contenidos que han aparecido en arteterapia o en psicodrama y se siente desahogado, no le estamos obligando”.

Evidenciada la importancia de **la comunicación entre los profesionales** de un equipo terapéutico, los informantes son preguntados por las posibles causas y consecuencias de que esta no se dé o se vea dificultada. La respuesta es amplia, heterogénea y contempla los aspectos emocionales/personales y profesionales del terapeuta. Entre las respuestas se encuentran la carga de trabajo, la falta de tiempo para las reuniones, las distintas maneras de entender la psicopatología de los pacientes, los criterios para su abordaje, etc. El/la psiquiatra amplía esta respuesta señalando la multiplicidad de factores “personales, laborales, comunes, la habilidad, el deseo, la motivación, etc. que transitan desde lo más personal, sobre cómo está uno, hasta la situación laboral que pueda tener cada uno, hasta cómo los equipos que se renuevan, o son muy nuevos o son muy viejos y ahí se enquistan, pierden dinámica, hay muchos factores”.

El/la terapeuta ocupacional especifica la duplicidad del trabajo entre determinados profesionales (terapeuta ocupacional-enfermero/a) como consecuencia directa.

Todos se refieren al contexto laboral como un dispositivo duro, de mucha exposición, que produce agotamiento y puede derivar en “quemazón” (*burn out*) que exige de un seguimiento y acompañamiento personal. Tal acompañamiento en el dispositivo concreto (de carácter público) se da como fruto del propio trabajo y

sinergia del equipo, del nivel de confianza y de la comunicación sincera entre colegas, sin que la institución proporcione un espacio y tiempo de supervisión específica para ello.

Siendo este el eje que vertebra el trabajo del equipo, se ahonda en la **confianza y la confidencialidad** como parte del trabajo interdisciplinar, en lo relativo al intercambio de información relativa a un paciente y dentro de eso, lo específico de las producciones en arteterapia o en psicodrama, o las producciones que puedan surgir en uno u otro espacio.

De forma unánime señalan el completo intercambio de la información que favorece y facilita el proceso terapéutico en el marco de la confidencialidad que es el equipo. Sobre las producciones en arteterapia, suelen contemplarse en las reuniones o son filtrados por el/la psicólogo/a quien transmite la dinámica de arteterapia. Las obras no se incorporan a la historia clínica (no son escaneadas) pero quedan archivadas y son descritas en ellos. En su opinión, contemplar la obra ayuda muchas veces a entender mejor la dinámica del proceso y aporta datos con un carácter de inmediatez.

Es importante para preservar el espacio concreto de la disciplina poner en común aspectos relativos al **encuadre**, a fin de entender las posibles diferencias, potenciadoras o inhibidoras del proceso y del cambio. Se afirma la idea de libertad en el espacio y en relación con los materiales que el proceso de creación ofrece. Se compara la dinámica emocional del grupo con, por ejemplo, psicodrama, donde se concluye que esta es mayor. Dicha libertad, una vez más, es integrada y vivida por los pacientes de maneras diversas, habiéndose señalado resistencias en algunos pacientes en los momentos en que en arteterapia los compañeros se mueven con absoluta libertad. Todos estos aspectos sin embargo son entendidos como información valorable sobre cómo uno es y cómo se maneja en relación con la norma.

Respecto a la **triangulación**, contemplando la **recogida de datos** para su **análisis**, señala el/la psicólogo/a que es un proceso más natural de lo que se plantea en la entrevista y que se hace efectivo en un proceso similar al de diseño de objetivos, y casi paralelo, revisando la evolución, recogiéndola y volcándola en un

resumen. Posteriormente cada uno tiene un espacio en el que va haciendo un volcado informático que se traduce en **los informes**.

En relación al **modelo institucional o la convivencia de distintos modelos** teórico-metodológicos en el equipo, la convivencia de posiciones o modelos terapéuticos ofrece una vía para la integración en el sentido de que “ninguno funciona de forma ortodoxa, cada uno no solo ve lo suyo sino que se permite ver desde el otro”, sumando, “ya que desde cada uno se sacan distintas situaciones beneficiosas para los pacientes y para entender”. En este caso la institución no marca una posición concreta o mayoritaria.

Todos estos aspectos otorgan valor en sí mismo a la **interdisciplinariedad** por lo que se trata de analizar el aporte y valor real hacia el proceso terapéutico. Señala el/la enfermero/a que “es más integral, es más global, es una atención de mayor calidad hacia el paciente y más completa”.

Puesto que el equipo resulta ser la herramienta de intervención de mayor calado en el contexto estudiado, la entrevistadora propone que existe una parte de cohesión del equipo como grupo que tiene que ver con la **creación de un vínculo** personal, un trabajo de conocimiento más desde lo humano, o en su caso, una cohesión que se establece más desde el respeto al otro, desde su posición, el entendimiento de sus experiencias y conocimientos.

Una buena relación personal favorece un buen clima de trabajo y genera confianza, lo que ofrece un espacio para el intercambio de experiencias que enriquece al grupo, y señala el/la psiquiatra su importancia dado que “es una labor muy humana de cara a un tercero que tiene que sentir que somos humanos y nos manejamos como mortales”. Señala el/la terapeuta ocupacional que “genera esa confianza entre nosotros y en el proceso, y no cada uno por su lado”. Concluye el/la psicólogo/a clínico/a que “al respetar entre nosotros las distintas miradas, para ellos quedan validados también los distintos espacios donde trabajan”.

Sobre cuál la **fortaleza o debilidad de la propia disciplina** es importante rescatar la valoración del/de la psicólogo/a clínico/a cuando afirma que “en este espacio ninguna es fuerte si no se coordina con las demás. Es muy difícil ya cuando

llevas un tiempo trabajando hasta deslindar, hasta dividir, separar”, de tal forma que por separado, todas restan fuerza. Se señala una aportación específica del/la psiquiatra sobre aspectos farmacológicos, que sin embargo el/la psiquiatra vive en ocasiones como una debilidad y “con una cierta ambivalencia”, por la necesidad de cumplimiento de unos protocolos más fuertes y de los que se esperan unos resultados, que sin embargo en este dispositivo no son tan primordiales.

Para el/la psicólogo/a clínico/a toda acción es coordinada y entendiendo al paciente globalmente. “Ninguna realmente aquí sola hace nada. Por eso es tan importante el trabajo en equipo. Ninguna sola avanza con el paciente”.

Por todo ello, se finaliza la entrevista analizando las posibles **fortalezas o debilidades del arteterapia** y el papel que como disciplina puede tener en los equipos interdisciplinares, de forma estable, como de hecho ocurre en otros países.

El/la psicólogo/a clínico/a considera su **mayor aportación** el ser “un lenguaje diferente” que muchos pacientes pueden aprovechar, “sobre todo los graves, a los que el lenguaje verbal les traba, lo tienen deteriorado y directamente lo utilizan para defenderse y no comunicar lo que tienen que comunicar para ser ayudados”.

Señala a su vez un aspecto fundamental a tener en cuenta en las formaciones en arteterapia y al que se refiere como **gran debilidad**. Es la falta de formación psicopatológica que en su opinión deja un pie cojo al profesional “y no deja de ser como un deseo de querer ayudar desde lo artístico” quedando en un trabajo superficial. Sobre su experiencia considera que el equipo es afortunado de contar con el/la arteterapeuta que cuenta, pero que depende del profesional que trabaja.

El argumento es reforzado por el/la enfermero/a que iguala el arteterapia al resto de disciplinas, pues en el caso de enfermería en un campo tan específico podría ocurrir que sin la formación adecuada se acabe mermando el trabajo que se puede desarrollar con los pacientes y con los compañeros. El/la terapeuta ocupacional añade “podríamos pensar que solo pintan, pero no solo es eso, escriben, hablan con el/la arteterapeuta. Si no lo recoge o no lo contiene, no es posible”.

Como **conclusión**, el/la psiquiatra señala que “su fortaleza (del arteterapia) es claramente abrir una vía de comunicación nueva con pacientes que tienen serias dificultades en el deterioro de la historia, desde la incapacidad de haber podido comunicar esa historia. A pacientes más graves y más deteriorados, mayores posibilidades de apertura”. Preguntado por las experiencias de posible rechazo al arteterapia como disciplina a integrar en el equipo, afirma según su criterio que “todos los equipos están abiertos, o debería ser así, a aportaciones y ayudas. Ocurre que pueden sentir los profesionales peligrar su puesto de trabajo, sin tener en cuenta planteamientos clínicos ni posible duplicidad de tareas, sino esa amenaza personal y profesional”.

8.1.3 Conclusiones a las entrevistas a arteterapeutas y otros profesionales.

Tras el análisis y valoración de las entrevistas se pueden encontrar algunas conclusiones relativas a todos los ejes temáticos que atravesaron su diseño y vertebran la investigación.

De forma general, los profesionales entrevistados proponen una visión de la salud mental centrada en la persona, siendo las diferentes disciplinas espacios para el despliegue de su capacidad y de su dificultad. Se entiende a su vez que la enfermedad mental viene asociada a unas circunstancias de vida que pueden haber conllevado un quiebre, una ruptura, en el desarrollo y devenir de la persona.

En ese sentido se propone la terapia como una oportunidad de entendimiento, de comprensión de las propias circunstancias de vida.

De todo el discurso desplegado el equipo humano, el equipo interdisciplinar, los profesionales compañeros, suponen la mejor y más eficaz herramienta de la que disponen las instituciones, siendo esta más fuerte y completa cuanto más heterogéneos son los perfiles y sin embargo, de forma más compactada se manejan. Para lograr ese nivel de compactación y de engranaje, ha de darse un equilibrio adecuado entre comunicación, confianza y confidencialidad.

Esa triada resulta esencial para el avance conjunto del proceso terapéutico, y lo que es más importante, para que dicho proceso sea percibido por los y las pacientes como algo de lo que son parte, en lo que se les da voz.

En último lugar son los informes los que vendrán a recoger toda la información relativa al paciente, en el que todos los profesionales vuelcan aquellos aspectos señalados de las sesiones así como modificaciones en los objetivos, reconducción del tratamiento, etc. En ninguno de los casos analizados en esta tesis la obra como testimonio y narrativa visual es contemplada como parte de dicho informe. En general se considera que hacerlo conlleva un excesivo tiempo y se prefiere su descripción verbal.

Sí se considera importante poder contar con ella en las reuniones de equipo, no como algo indispensable, pues sobre ello se valora el relato veraz y lo más fiel posible de lo acontecido en las sesiones, dentro de los límites de la confidencialidad. Resta conocer hasta dónde podemos considerar posible compartir la información relativa a una obra: es lo simbólico de la propia obra, lo descriptivo, lo relativo al proceso, lo manifestado verbalmente por el/la paciente, etc.

Sobre este aspecto no parece aún haber consenso específico ni suficiente literatura al respecto.

De igual manera, en los contextos analizados, se considera esencial contar con el espacio y tiempo suficientes para el desarrollo de estas reuniones de equipo. Sin embargo, la carga de trabajo no siempre lo favorece, lo que conlleva que dado que el/la arteterapeuta es la persona menos presente en la institución, se acaba tomando este tiempo como el único posible en el que está “todo el equipo” presente, buscando otras formas de encuentro y reunión con el/la arteterapeuta. Estas reuniones suelen ser fluidas, con parte del equipo y dirigidas al volcado e intercambio de lo que se considera significativo de las sesiones.

Sin embargo, la investigadora considera insuficiente este tiempo y su estructura entendida como complementaria, hace que la integración real del/la arteterapeuta en el equipo interdisciplinar no sea completamente efectiva en ninguno de los casos.

Sí se establece por otra parte un diseño de objetivos de equipo, al que todos los profesionales se suman desde cada una de sus parcelas de esa realidad

compleja que es el equipo. Su diseño es en todos los casos la tarea que ocupa la mayor parte de las reuniones de trabajo.

Sobre el vínculo entre los profesionales del equipo, se busca un equilibrio entre el respeto y confianza por el mutuo saber, señalándose un impulso creativo en el grupo de acompañarse este de un entendimiento y disfrute personal. Parece apoyar dicho clima de entendimiento la existencia de un marco teórico-conceptual desde el que pensar a la persona y enmarcar la intervención y metodología. Dicho modelo puede favorecer sinergias pero no es considerado necesario, incluso considerándose beneficioso la convivencia de diferentes modelos.

Los aspectos menos desarrollados en las respuestas de los profesionales entrevistados son el análisis de los datos y el desarrollo de la triangulación. No se refiere tanto a la inexistencia de una parte del trabajo en torno a estos aspectos, sino al modo en que estos se desarrollan. Para este trabajo fueron planteados desde una perspectiva de investigación, pero de las respuestas se desprende un trabajo más orgánico e intuitivo de la recogida y análisis de los datos, desde una perspectiva narrativa de los mismos que genere un relato de entendimiento en torno al paciente.

La triangulación es pensada desde la relación terapéutica con el paciente en el encuadre, lo que remite a la relación triangular arteterapéutica. Sin embargo, se trataba de entender si la triangulación como método relativo a la investigación, se hace presente en la clínica, en el día a día de la intervención. El objetivo es a su vez, poder compartir y expandir los hallazgos fruto de la intervención integral con las personas.

Sobre el arteterapia como disciplina, se desprende de las respuestas de los profesionales su especial pertinencia en la clínica (ámbito de salud mental). Se observa una clara comprensión de los procesos que el encuadre arteterapéutico favorece, así como la necesidad de un profesional arteterapeuta que diseñe, evalúe, supervise y desarrolle el proceso arteterapéutico.

En el marco específico del trabajo interdisciplinar, las fronteras entre los logros fruto de las diferentes disciplinas se desdibujan. Hasta tal punto es así que

por sí solas no parecen tener un efecto beneficioso específico en la persona. Es por tanto evidente que la aportación del arteterapia es valorada y aconsejada para otras/os instituciones, haciéndose aún necesario poder concretar los alcances de la intervención específica en arteterapia, no tanto para corroborar que existen y se dan (hipótesis de partida) sino para poder persuadir a los gestores de las instituciones de la necesidad de una regulación y revisión de los puestos que ocupan los y las arteterapeutas, en qué condiciones, bajo qué términos de colaboración, etc.

El encuadre parece ser portador de algunas diferencias entre los profesionales, si bien esto no es considerado así por todos ellos. Para algunos, el encuadre y seguridad son similares, si bien algunas diferencias tienen que ver con aspectos específicos de la identidad del arteterapia/arteterapeuta. Esto es, lo que tiene que ver con el arte y sus procesos, lo propio de la disciplina.

En tanto que lenguaje artístico ofrece una vía para la comunicación de lo propio, lo que es considerado por los profesionales como una fortaleza del arteterapia. Como debilidad, se señala la ausencia de formación específica en el ámbito de la salud mental de los arteterapeutas. Sin embargo, cercanos a cerrar este ciclo de conclusiones, conviene manifestar la necesidad de profundizar en las formaciones en arteterapia en aspectos específicos de cada uno de los ámbitos donde después los profesionales pasarán a realizar su trabajo.

Tras el recorrido global por los nodos y categorías, se plantea la investigadora si todo lo observado hasta ahora responde a las preguntas planteadas al inicio de este capítulo.

Sobre si es la interdisciplinariedad la metodología adecuada para dicha integración, acorde a la naturaleza del arteterapia como disciplina.

Acerca de cuál es la realidad de la integración de los arteterapeutas profesionales en las instituciones o espacios de trabajo en la actualidad.

Respecto a si sirve la observación y análisis de las experiencias clínicas de trabajo de los arteterapeutas en equipos interdisciplinarios para la mejor

comprensión de dicha realidad de las que extraer un modelo de integración viable y eficaz.

En respuesta a con qué dificultades se siguen encontrando los profesionales arteterapeutas frente a los demás profesionales en los dispositivos interdisciplinarios que puedan estar frenando este proceso.

En relación a qué fortalezas y debilidades presenta el arteterapia y los arteterapeutas en relación con el resto de disciplinas que forman los equipos interdisciplinarios en salud mental en la actualidad.

8.2 Etnografía 1:

Taller de Arteterapia: CREAtividad y comunicACCIÓN a través del lenguaje audiovisual. El caso de un hospital de día con adolescentes.

➤ Introducción

La presente etnografía recoge la experiencia de intervención desde el Arteterapia en el contexto clínico de un Hospital de Día de Salud Mental Infanto Juvenil, concertado con la Comunidad de Madrid.¹⁰ La experiencia a la que hace referencia fue presentada por la investigadora como comunicación en la II Jornada de Arteterapia FEAPA¹¹ bajo el título “Arteterapia, adolescencia y clínica: la herida mirada a través del objetivo”, para la que se desarrolló gran parte del contenido desarrollado en esta etnografía. Posteriormente, fue parcialmente recogida y revisada en el artículo “Zoom al interior: la exploración de la mirada a través de la imagen y el lenguaje audiovisual y sus posibilidades para la intervención con niños y adolescentes desde el arteterapia y el arte” al que se hará referencia a lo largo de su descripción.

¹⁰ Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor de Vallecas. Proyecto desarrollado en convenio de intervención e investigación con la asociación Argos Arte en Acción y la sección de psiquiatría del Hospital Infanta Leonor.

¹¹ Barcelona, Noviembre de 2011.

➤ **Antecedentes**

El arteterapia se oferta como vía de intervención en el área Infanto-Juvenil del Hospital de Día Centro Educativo Terapéutico(HdD-CET) Infanta Leonor, en septiembre de 2010, por petición de la psiquiatra y tras el conocimiento por parte del equipo de este área, del taller de arteterapia presente en el área de adultos del mismo hospital¹²desde 2008. La recomendación expresa es realizada por el jefe del servicio.

El taller se integra en el área infanto juvenil bajo la coordinación de la investigadora, incluyéndose en la oferta de atención a los y las pacientes, ingresados en régimen de media-larga estancia. El diseño del mismo se basó en la necesidad explicitada por la psiquiatra responsable de atender a áreas expresivas y comunicacionales de los y las adolescentes, en las que los medios tecnológicos pudieran verse implicados.

Para su puesta en marcha se desarrollaron dos reuniones previas entre la coordinadora general del proyecto de arteterapia desde Argos, la arteterapeuta coordinadora del proyecto en el área de adolescentes y equipo terapéutico. Se diseñó la propuesta y se presentó frente al equipo, para su aceptación. Se redactó un documento informativo para las familias así como un certificado para la toma de imágenes especificando su uso, por un lado el específico con fines propios del trabajo terapéutico a través del lenguaje audiovisual, y por otro, con fines divulgativos, académicos y científicos, como lo es la presente tesis, dado que el proyecto se establece en convenio de intervención e investigación.

➤ **Marco institucional**

El Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico es un recurso de hospitalización parcial (varias horas al día, durante cinco días a la semana), de tipo ambulatorio, que proporciona una atención integral e intensiva necesaria en pacientes con trastornos mentales graves, en las etapas del desarrollo infanto-juveniles, donde el tiempo y la gravedad juegan en contra del desarrollo del

¹² Arteterapeuta responsable Mónica Cury Abril.

niño/adolescente repercutiendo en todas las áreas: emocional, familiar, social, cognitiva, etc.

Ofrece contención y continuidad a los tratamientos ambulatorios y previene de la hospitalización a tiempo completo, con el riesgo de exclusión familiar y social que conlleva.

El abanico de patologías a las que se atiende en el dispositivo comprende en su mayoría:

- Trastornos generalizados del desarrollo: síndrome de asperger, autismo infantil, trastornos desintegrativos.
- Trastornos de conducta: trastorno disocial, sin severa inadaptación (inadecuación a las normas).
- Trastornos del estado de ánimo: depresivo y/o maníaco que no responde a tratamientos ambulatorio.
- Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidades con ingestas, delgadez acusada por motivos psicológicos.
- Trastornos hipercinéticos: de la actividad y de la atención (TDAH), casos graves con cuadros desadaptativos.
- Otros trastornos: esquizofrenia, en fase de inicio, sin cuadros residuales con déficit cognitivos definitivos.
- Trastornos de ansiedad graves: TOC, fobias.
- Trastornos de personalidad graves de distintos subgrupos.
- Pacientes con dificultad en el diagnóstico, necesidad de un período de observación.

El equipo clínico estaba compuesto por un psiquiatra jefe, una psiquiatra, dos psicólogas clínicas, una psicopedagoga, una terapeuta ocupacional, un enfermero, un ordenanza, una limpiadora.

➤ **Beneficiarios directos e indirectos del proyecto**

Los beneficiarios directos son usuarios y usuarias de edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, un máximo de 12, con indicación positiva de tratamiento en HdD-CET, con domicilio en la Comunidad de Madrid, derivados de los centros de salud mental de área o tras algún ingreso en agudos en el hospital de referencia, en este caso el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Los perfiles son heterogéneos, siendo mayoritarios en el grupo los perfiles psicóticos por hábitos de consumo, los trastornos de personalidad límite y trastornos de conducta, estableciéndose la intervención en función de los objetivos específicos desde el arteterapia y reformulados en relación con los del resto del equipo, marcados para cada paciente en relación con el momento en que se encuentran de su proceso, con su historia clínica, y a su vez, en relación con el grupo en el que se integran.

Se entienden como beneficiarios indirectos el resto de profesionales integrados en el equipo y la propia institución.

➤ **Concepción del trabajo terapéutico/arteterapéutico**

El planteamiento del taller se hizo desde el interés por el lenguaje audiovisual en los y las adolescentes, para el desarrollo de la creatividad y favoreciendo la autoexpresión identitaria y la comunicación personal e interpersonal, a través de los medios asociados a este lenguaje: la imagen fija y la imagen en movimiento, y la incorporación del sonido y el tiempo. La demanda fue explicitada por la institución a través de la psiquiatra y adaptada a la naturaleza del arteterapia.

De igual manera, existía en la arteterapeuta investigadora un interés personal y profesional en la experimentación, análisis y aplicación del lenguaje audiovisual en el marco específico de la intervención en arteterapia en el ámbito clínico de salud mental infanto juvenil, del que se encontraron escasos antecedentes en la Comunidad de Madrid.

Por tanto y como señalan las arteterapeutas Serrano y Carmona en el artículo derivado de tal experiencia señalado al inicio de esta etnografía:

Uno de los objetivos que nos planteamos se acerca a proponer algunas pautas eficientes para la intervención en dichos contextos a través del potencial simbólico de las imágenes y sus posibles dimensiones sonoras, espaciales, vivenciales, narrativas, emocionales, sensoriales, terapéuticas, etc.". (Serrano y Carmona, 2014, p. 329)

El taller quedó definido así desde el marco arteterapéutico, es decir, un espacio terapéutico específico que acoge los procesos de creación en una relación vincular estable y contenedora, que asegura el espacio simbólico para el adecuado despliegue emocional y vivencial, desde la expresión personal y la posible elaboración de las dificultades personales, en este caso en el seno del grupo como contenedor.

De esta manera, se engrana en la concepción del Hospital de Día como un espacio que brinda experiencias emocionales a los y las adolescentes, permitiéndoles conocer aspectos de sí mismos, de la realidad y de los otros, alejados y diferenciados de aquellos que habitualmente sostienen y que les ha generado un enorme sufrimiento psíquico desde edades tempranas en su mayoría. Por tanto, el trabajo que se realiza pretende ir más allá de la mejora o reducción sintomatológica, para atender a la totalidad del individuo, acompañándole en su proceso de mejora y reconocimiento de las propias capacidades, que le permitirá una mejor y más saludable adaptación a la vida, a sus dificultades y conflictos.

En principio, el uso de estos lenguajes con fines terapéuticos se define como videoterapia, pero en dicho espacio, la creación audiovisual se abordó desde la intención creadora de la persona, que a pone a su servicio los distintos lenguajes y formas artísticas que se concretan durante el proceso en una producción audiovisual.

Desde esta aproximación, una imagen adquiere valor de experiencia en tanto que implica una acción creativa, un ejercicio de acción y de vida. La captura de una porción de realidad que contiene la emoción, el encuentro con el malestar y el deseo, entre muchos otros aspectos, es un acto creativo de libertad y expresión. (*Ibíd.*, p. 330)

➤ **Encuadre**

El proyecto se desarrolla en sesiones semanales de 1,5h de duración, los jueves de 13.30 h a 15.00h. Tras la sesión de arteterapia, marchan a sus casas.

La asistencia a arteterapia es obligatoria si bien en el espacio se acoge el deseo o no de crear, y por consiguiente, es entendido como parte del propio proceso. En este caso, uno de los participantes pidió no continuar a partir de la segunda sesión y se decidió respetar esta decisión al estar pendiente del alta parcial.

Las sesiones se estructuran en tres fases diferenciadas:

- Encuentro con el grupo, vinculación con el proceso (sesión anterior, semana,...)
- Proceso de creación
- Recogida y Cierre

➤ **Vinculación con el equipo**

El equipo de arteterapia¹³ estaba compuesto por una arteterapeuta profesional coordinadora y responsable del mismo, referente terapéutico y figura vincular principal para el grupo y para el equipo, y una arteterapeuta en formación.

Se encarga del diseño del proyecto, la estructuración en fases, desarrollo, evaluación y seguimiento, coordinación con el equipo terapéutico en reuniones periódicas, desarrollo de la memoria y registro cualitativo (nº de asistentes, desarrollo de las sesiones, atención individual-grupal, objetivos, etc.), revisión de aspectos relativos a contrato terapéutico, confidencialidad, etc.; así como la coordinación con la responsable general del programa de arteterapia y supervisora, y la acogida y seguimiento a la arteterapeuta en formación.

La estructuración del equipo terapéutico es de tipo mixta y se presenta ante la arteterapeuta como jerarquizada, siendo la figura del y la psiquiatra, la más

¹³ Arteterapeuta responsable del proyecto: Ana Serrano Navarro. Arteterapeuta en formación: Esther Carmona Pastor.

presente y habitual en los intercambios. De inicio, estas reuniones no son fijadas de manera sistemática, aunque poco a poco, en el devenir del proyecto, se logra sistematizar un intercambio previo a las sesiones para la toma de contacto con el grupo y otro posterior, para la revisión de los aspectos fundamentales. En estos encuentros no está presente todo el equipo ni la arteterapeuta participa de las reuniones de equipo para diseño y formulación de objetivos.

Al mes del inicio del proyecto, se integra la figura de una arteterapeuta en formación, que da soporte a la arteterapeuta referente (derivar demandas de índole técnico, mirada y registro conjunto), desde una posición de observación participante, fundamentalmente en las primeras fases, que poco a poco evoluciona hacia una posición más activa en el grupo, siendo la responsable de la intervención la arteterapeuta referente, evitando duplicidades, interferencias e intervenciones cruzadas. En la fase posterior, durante el verano, desarrolla el diseño de una intervención grupal supervisada por la arteterapeuta.

➤ **Comunicación y confidencialidad**

El límite entre ambos aspectos ha de ser consensuado y respetado en el seno del equipo terapéutico, que velará por el cumplimiento de las condiciones esenciales para el buen avance del trabajo terapéutico.

La comunicación relativa a las producciones artísticas no implica revelar cada detalle relativo a la obra, su contenido, etc., siendo prioritaria la comprensión del proceso del que es fruto y la dimensión emocional que ha podido tener en la persona.

Es la arteterapeuta responsable del proyecto la encargada de velar por los aspectos relativos a la comunicación y la confidencialidad. Todas las personas colaboradoras en el proyecto firman un compromiso en el que declaran expresamente respetar estos aspectos.

A su vez, se informa a los y las usuarias y a sus familias, de la toma de imágenes y grabaciones para el uso interno del taller, y con fines específicos para la investigación y divulgación exclusivamente académica o científica.

➤ **Importancia de la obra**

Si bien en muchos casos la obra en este proyecto, por efímera, por su naturaleza audiovisual, o por no considerarse necesario, no está presente en la dinámica de intercambio y reflexión posterior sobre el taller, sin que esto impida la correcta valoración sobre las dinámicas acontecidas en el proceso arteterapéutico, en los casos en los que se considera importante visualizar alguna producción artística, es valorado por los y las profesionales del equipo como muy enriquecedor, ofreciéndoles en muchos casos una mirada nueva y diferentes sobre los y las personas con las que trabajan, que amplifica la percepción de los procesos y les acerca más a los aspectos más emocionales y personales de estos.

➤ **Tipo de triangulación y análisis de datos**

Las reuniones de equipo, las reuniones con algunos de los referentes y las reuniones de coordinación general son considerados elementos esenciales para el correcto desarrollo del proyecto de arteterapia.

El registro posterior a las sesiones es realizado de manera conjunta entre la arteterapeuta responsable y la arteterapeuta en formación, siendo de tipo cualitativo, narrativo y descriptivo. No es un diario de campo, pero es una secuencia sistematizada de valoraciones y recogida de datos narrativos en torno a unos ejes específicos de atención que contempla:

- Aspectos comunicacionales, internos y externos
- Relación con la obra, con los materiales, con el espacio
- Relación con la arteterapeuta, dinámica vincular, dinámica transferencial
- Momento del proceso arteterapéutico y relación con el proceso vital
- Narrativa que se despliega
- Elaboración verbal
- Registro visual de las producciones

A los cinco meses de inicio del proyecto se realiza una reunión de presentación general del trabajo desarrollado frente al equipo terapéutico, para la valoración de su continuidad. Dicha valoración es positiva ampliándose el

desarrollo del proyecto hasta después del verano, en que se realiza una nueva valoración.

La supervisión es realizada periódicamente con la arteterapeuta coordinadora general del programa. Analizando con el tiempo la experiencia, el compromiso adquirido fundamentalmente por la psiquiatra es valorado no solo por el entendimiento institucional de lo que el arteterapia aportaba

➤ **Diseño y reformulación de objetivos en las diferentes áreas**

Para el diseño de objetivos se tomaron en cuenta los objetivos generales planteados por el dispositivo asistencial y su naturaleza (a), articulados para dar cabida a la demanda planteada por la institución (b) acorde al entendimiento del trabajo arteterapéutico (c), y revisados continuamente (d) en relación con cada persona, el momento del proceso en que se encuentra y sus necesidades, así como con la evolución y alcance del trabajo arteterapéutico individual-grupal. Quedan formulados en los siguientes epígrafes:

a. En relación con los objetivos generales planteados por el Hospital de Día:

- Actuar sobre el cuadro clínico del paciente, buscando su estabilidad, mejoría y/o remisión de sintomatología, disminuyendo la sintomatología psiquiátrica, preveniendo recaídas y el posible deterioro consecuente.
- Actuar sobre circunstancias familiares y sociales promoviendo una actitud contenedora y estabilizadora del entorno inmediato, para favorecer así la reinserción e integración familiar y social.
- Actuar sobre las secuelas del proceso patológico, favoreciendo la búsqueda de una mayor calidad de vida autónoma y relacional, y disminución del sufrimiento.

b. En relación con la demanda de la institución:

- Desarrollo de la capacidad creativa/creadora de los y las adolescentes.

- Puesta en valor Fortalecimiento de las capacidades individuales.
- Expresión y comunicación personales e interpersonales.
- Fortalecimiento de la identidad persona.

c. Objetivos específicos del taller de arteterapia en fase inicial:

- Entender la mirada como un espacio potencial de desarrollo y estructuración personales desde el que abordar un proceso de intervención arteterapéutica.
- Ofrecer un espacio para la escucha creativa a partir de la escucha interna, ligada a la relación interpersonal del grupo y la escucha externa.
- Poner en juego las capacidades personales, más allá de la patología, en la búsqueda de un lenguaje y simbología propios.
- Ahondar en las posibilidades del lenguaje audiovisual en arteterapia.

d. Reformulación de objetivos en segunda y tercera fases:

- Establecimiento de una red vincular satisfactoria, desarrollo del sistema de apego.
- Consolidación de la estructura identitaria, del autoconcepto y de la autoestima.
- Atención e integración de la red familiar y social.
- Desarrollo de la narrativa de vida, en relación con el proceso de salud-enfermedad.

➤ **Metodología de intervención**

Bajo esta perspectiva, se busca favorecer a través del arteterapia el desarrollo y mejora de la persona a través del proceso creativo que permite abordar:

- La autoexpresión creativa identitaria.
- El autoconocimiento y la reflexión en el fortalecimiento de la identidad personal – colectiva.
- La toma de conciencia y el afianzamiento de la personalidad.
- El desarrollo de las capacidades personales.
- El manejo de las habilidades sociales para la vida.

- El crecimiento, el cambio y el desarrollo personal.
- La integración del sufrimiento psíquico.
- La revisión de la narrativa salud-enfermedad, en el sentido de entendimiento de la propia situación de vida como experiencia de cambio.

➤ **Posibilidades del lenguaje audiovisual en arteterapia**

- Amplitud de la experiencia: lo verbal, lo sonoro, lo intangible, lo quieto,...
- Construcción vivencial de la experiencia.
- Constitución narrativa de la experiencia.
- Contenidos intra – psíquicos que aparecen en el diálogo y narración del paciente (ahora creador) a partir de la experiencia creadora a través del lenguaje audiovisual:
 - Las emociones y los sentimientos.
 - Yo interno/Yo externo.
 - Los otros y yo con los otros.
 - El espacio como escenario de vida.
 - El cuerpo.
 - La memoria.
 - Los otros sentidos.
 - ...

➤ **Aportaciones del marco grupal de trabajo arteterapéutico a través del lenguaje audiovisual**

- Multiplicidad de miradas.
- Intercambio de opiniones, pareceres, sentires, ...
- Construcción interpersonal de la identidad y el conocimiento.
- Fortalecimiento de la identidad individual y grupal.
- Toma de conciencia de las propias capacidades y limitaciones.
- Elaboración del proyecto de vida en relación con la experiencia de realidad y los otros.

El material personal, entendido como el contenido que cada ser brinda al espacio, al margen del formato de la obra, se hicieron visibles acomodándose en torno a cuatro áreas interconectadas que favorecen el reconocimiento autoidentitario y el cambio:

1. La mirada: el punto de vista
2. Reconocerse: la persona como creadora de su proceso
3. Los recorridos audiovisuales: las narrativas
4. Persona-grupo, grupo-persona, a través de la obra

1. La mirada: el punto de vista

Permite observar dónde se sitúa el que mira en relación con lo mirado/observado, qué porción de la realidad se decide mirar y por qué; la imagen mirada: desde dónde se mira/observa; la ausencia y la presencia; el silencio, el ruido, la voz.

Da lugar a los binomios, los opuestos y los polos y genera huella, rastro e indicios que nos hablan no tanto de lo que la imagen describe como de lo que la persona que la crea tiene necesidad de contar.

Igualmente, en ese acto comunicacional, se establece un lugar para quién lo mira/observa, el producto creado, la obra, que se concreta en la mirada del/la arteterapeuta y el resto de personas que son parte del grupo y del espacio terapéutico.

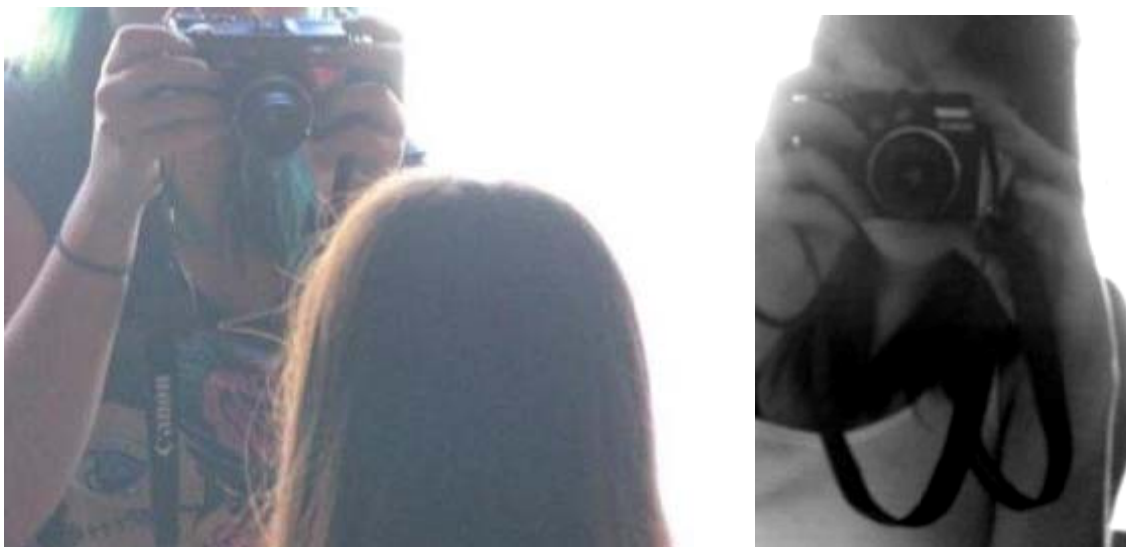


Figura 8-8. Serrano, A. (2010) Ejercicio de mirar/ser mirado.

2. Reconocerse: la persona como creadora de su proceso

El proceso creador, en tanto que otorga protagonismo de acción a quién lo emprende, se asimila al proceso de transformación y crecimiento implicados en el proceso arteterapéutico, integrando la toma de conciencia, “el hacerse cargo de uno mismo” y la responsabilidad para el cambio personal, desde la creación.

En este proceso se incluyen: los aspectos negativos y las emociones que se ponen en juego, los retrocesos, las dudas, a las que se tiene derecho y a las que la persona debe enfrentarse, restituyendo así al “paciente” la dignidad personal deteriorada en un ejercicio de reconocimiento en la propia obra, aceptando lo que de sí viene a mostrarle.

La obra en este proceso se convierte en una manifestación de la persona al facilitarle una mirada “externa” (simbólica) sobre sí misma, que ha de ponerse en comunicación con su interior (yo interno - deseos, miedos, aprendizajes,...), favoreciendo la relación de sus símbolos con los significados propios y la traducción psíquica que esto conlleva, de la mano de un diálogo: paciente – obra – arteterapeuta.

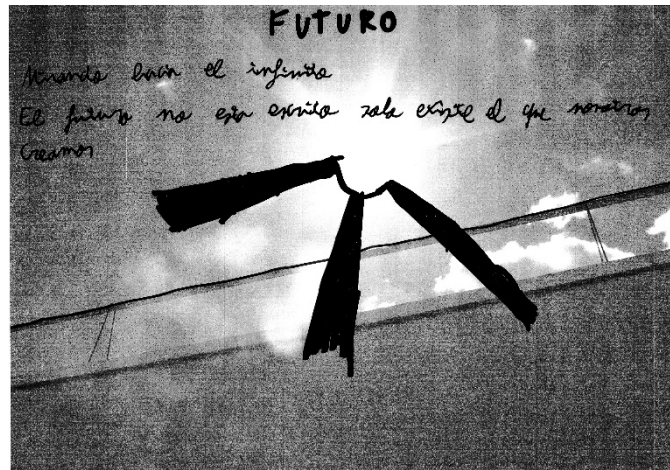


Figura 8-9. (2010) Narrativa pasado-presente-futuro.

3. Los recorridos visuales: las narrativas

Permiten entender la propia historia de vida como trayectoria, recorrido y narración audiovisual – personal, permitiendo la comprensión como posibilidad para el cambio, la proyección del ser en el tiempo desde el presente.

Las narrativas son las reconstrucciones de las vivencias en relación con la persona, que de una forma u otra, de manera simbólica y no amenazante, incorporan el recorrido de la memoria, del pasado, de la introyección, los aciertos y los fracasos, permitiendo un nuevo resonar de esa historia, cercana al presente, a cómo uno se siente en relación con todo ello, y permitiendo la proyección hacia el futuro de la persona, con la significancia que esto aporta a la estructuración psíquica y a la adaptación a la vida.

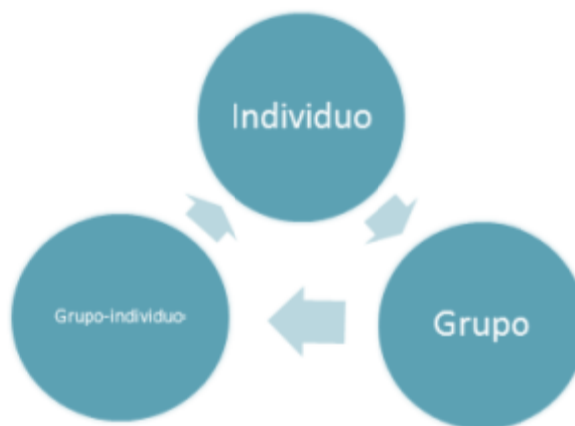


Figura 8-10. (2010) Donde el silencio también pesa. Realizada en la sala de reuniones de equipo terapéutico.

La posibilidad de redescubrir una experiencia, de éxito y de fracaso, así como las emociones y percepciones ya vividas a través del trabajo con la propia biografía, “encuadrarlas” en el pasado, darles sitio, para ponerlas en relación con el presente “reencuadrarlas”. Un presente que desde el autoconocimiento y la mejora les permita la continuidad de una mirada propia narrada hacia el seguir adelante, que les dé ganas de ello, habiendo alcanzado una mayor comprensión del recorrido anterior que les hizo llegar hasta aquí.

4. Persona-grupo, grupo-persona, a través de la obra.

Atiende a las dimensiones de la intervención grupal en las que la persona forma parte de un grupo y este se establece como la interacción de las personas que se encuentran en él. Ofrece la posibilidad de entender el autoconocimiento como un proceso de descubrimiento a través de la mirada del otro presente, que no es una sola sino que son la multiplicidad de miradas de cada uno confluyendo, interaccionando, modificando, repercutiendo,...en la construcción de la experiencia del otro y de la común, en un espacio de contención y seguridad que favorece la expresión del material emocional (consciente e inconsciente) para su concreción, estructuración, elaboración. La interrelación construye una nueva forma de mirarse y entenderse, nos ayuda a comprendernos y a tolerarnos.



1 Trabajar la individualidad dentro del grupo

Figura 8-11. Serrano, A y Carmona, E. (2010) Dinámicas de interacción individuo – grupo.

La riqueza de la dimensión grupal es ampliada en gran medida por el uso de los lenguajes audiovisuales (estáticos y dinámicos) puestos en juego con los elementos fundamentales del arteterapia:

- La figura del arteterapeuta – Relación vincular
- El encuadre – Espacio de experiencia y expresión emocional seguro
- Los materiales – Sugerencias a través del proceso de creación

Dichos contenidos se hacen visibles, a menudo de forma simbólica (distanciamiento estético), a través de la obra, la producción artística, que en este contexto puede alcanzar diversas formas:

- EL desarrollo de una idea, el proyecto de creación en fases, la comunicación, incluyendo esbozos, bocetos, dibujos, anotaciones, etc.
- La narrativa personal como fuente de creatividad: los relatos, las letras musicales, las narrativas personales, las lecturas dramatizadas, el diario de vida, los cuentos, etc.
- La fotografía: el retrato, el autorretrato, las composiciones, etc.
- El reportaje fotográfico, el contacto e interacción con la realidad.
- Intervención creativa en el espacio clínico: stickers, carteles, fotografiar con ausencia de algún sentido (ojos vendados,...)
- El vídeo: stop-motion, animación con plastilina, anuncios, cortos, etc.
- Los medios de comunicación y redes visuales conectadas.

➤ **Desarrollo del taller de arteterapia**

El desarrollo del taller se estructuró en fases no prefijadas, que se fueron ajustando al devenir del grupo en el fortalecimiento vincular. Es por esto que desde la fase inicial se abordó la creación de un vínculo terapéutico seguro que pasó por la necesidad de desarrollo de propuestas comunes al grupo, que no se sentía como tal, y que se transformó en un devenir creativo en las sesiones en las que no existía una necesidad de finalizar un trabajo, sino de trabajar en un proceso personal creativo, en el que se fue incorporando lo individual, lo propio. Para entenderlo:

Haremos zoom a la mirada del creador/a, desde la que mira, observa y discrimina la realidad; desde la que se mira, la que le permite entender el valor de ser mirado; desde la que contempla su obra y la obra de los otros, esos otros que devuelven al ser una sensación de pertenencia, de vinculación personal más allá de lo biográfico, más allá de lo aprendido. (Serrano y Carmona, 2014)

Dado que las sesiones estuvieron mediadas por las características del lenguaje con el que se trabajó, se incorporaron a éste otros lenguajes en función del proyecto de creación que se estuviese desarrollando, en el que en función de unos objetivos grupales y los específicos personales, se abordaron diferentes creaciones.

Más allá de eso, la libertad es entendida como la ausencia de una consigna concreta, trabajando lo que tiene lugar en el encuentro, a través de los lenguajes de los que se dispone, y a los que cada uno aporta, da o resta un significado personal.

➤ **Desarrollo del proyecto en fases**

Se llevan a cado 23 sesiones hasta junio, y un total de 25 sesiones en verano, intensificándose en un formato diario.

Primera fase: sesiones de contacto y vinculación: el retrato audiovisual

Al inicio se plantearon, en parte como presentación, actividades de retentiva visual y asociación para seguir con la elaboración de un trabajo audiovisual de presentación individual. Tras este primer contacto que favoreciese el asentamiento del encuadre y el inicio de la relación vincular terapéutica, el taller se reorientó a afianzar la identidad personal dentro del grupo de trabajo.



Figuras 8-12 y 8-13. Serrano, A. (2010) Libre asociación de imágenes I.



Figuras 8-14 y 8-15. Serrano, A. (2010) Libre asociación de imágenes II.

Se observa que el grupo comparte u espacio de interacción común pero no se siente una identidad grupal fortalecida, por lo que se plantea el desarrollo de un retrato audiovisual como toma de contacto con lo identitario a través del lenguaje de la imagen audiovisual. Dicha propuesta se establece como creación individual, en interacción grupal y contaba con un previo, el *story board*, en el que se han de plasmar las ideas para materializarlas en el siguiente paso. Se trabajó a través del PowerPoint como herramienta sencilla que en la mayoría manejaban y ofrece una estructura secuencial sencilla. La propuesta era expresar algo de lo propio a los demás: gustos, inquietudes, dificultades,... a través de la imagen secuencial y el lenguaje audiovisual. En este primer contacto el audio solo debía de ser una música que eligieran ellos y que tuviera que ver con lo que en imágenes querían expresar. El objetivo principal era comenzar a expresar a través de este nuevo medio enfrentándose a la construcción de una narración a través de imágenes.

En relación a esta fase, se observa:

- Desconocimiento de conceptos básicos del lenguaje, les confronta con la tolerancia a la frustración y las propias limitaciones.
- Dificultad en la escucha creativa, en la atención al proceso creativo en todas sus fases.
- Descompensación escucha interna-externa.
- Reforzamiento de la autoestima: visionado-encuentro con el grupo.
- Dificultad en la toma de decisiones, en la tolerancia a las frustraciones derivadas del proceso y en la asunción de responsabilidad en relación con los materiales y con su utilización (pérdida, errores, envíos,...).

En relación al grupo, se observan primeros contactos creativos tratando de evitar fracasos precoces que generen resistencias y desplieguen las propias defensas. Se enfatiza el respeto por la falta de interés, la no inclusión y la no participación, dimensionando la *transferencia negativa*, y la contratransferencia, para trabajar con ellas. En los primeros contactos con la arteterapeuta se inicia la regulación del contacto por parte de esta, desde la no invasión, el respeto y la escucha, ofreciendo para ello un tiempo necesario para el establecimiento del vínculo y la confianza. Se comienza a entender el arteterapia como espacio que proporciona medios para la construcción narrativa y emocional de las vivencias.



Figura 8-16. (2010) Peces en la pecera.

Segunda fase: sesiones de álbum familiar y mural collage

Se ahonda en el proceso de creación orientado a generar una identidad como grupo. Se realizan dos versiones o maneras: una digital, que permite ahondar en el autoconcepto, la elección personal a través del encuadre, la captura del tiempo en instantes y la memoria, y una analógica que actúa como espejo o reflejo. De forma no directiva, se abordan contenidos en torno a:

- El reconocimiento de la propia imagen.
- La presencia y ausencia en el grupo a través de la incorporación o supresión de imágenes.
- El sentido de pertenencia.
- La transparencia como piel – memoria.
- Lo efímero como algo que permanece y deja una huella.
- El trabajo por fases, la escucha al proceso, como juego y ejercicio de exploración creativa.

- El objeto (transicional), aquello que queda más allá de la presencia del compañero.
- El tiempo como generador de lo que somos y contenedor de la proyección de lo que deseamos ser.
- Las relaciones vinculares.



Figura 8-17. (2010) Álbum-mural-collage. Trabajo individual-grupal.

En relación al grupo, se observan la resistencia del profesional en un posible mantenimiento de la transferencia negativa, que se potencia en los contagios y en la aparición de violencia simbólica en el espacio, que se aborda desde lo creativo, lo simbólico, desde donde puede reconducirse generando un cambio que ofrece una oportunidad de continuidad.

El proceso arteterapéutico será significativo para el niño o el adolescente, si le llega de forma que pueda entenderlo, de manera que se aborden sus necesidades de forma integral, apoyándonos para ello en los conocimientos que dan la base a nuestra disciplina y a los que no debemos renunciar. El

espacio en arteterapia permite el error y el juego, la incertidumbre, la fantasía, el dolor, la herida y la mejora. (Serrano y Carmona, 2014).

El arteterapia se entiende como espacio para la reconstrucción de sus experiencias anteriores, apareciendo la infancia entre los temas de interés. Es un espacio de ensayo – error para la vida pues “las narraciones permiten al adolescente trabajar sobre la realidad, no incidiendo en ella, sino sobre la narración que de ella hace, a través de un autodescubrimiento (de sí mismos – potencialidad) en el proceso, en relación con los otros”. (Serrano y Carmona, 2014). En ese marco, se enfatiza el proceso de acción- reflexión-acción-cambio, que se produce de manera no inmediata, paso a paso, como el tiempo en fragmentos, acompañado de la evolución plástica y de lo personal en ella, lo distintivo de cada quien.

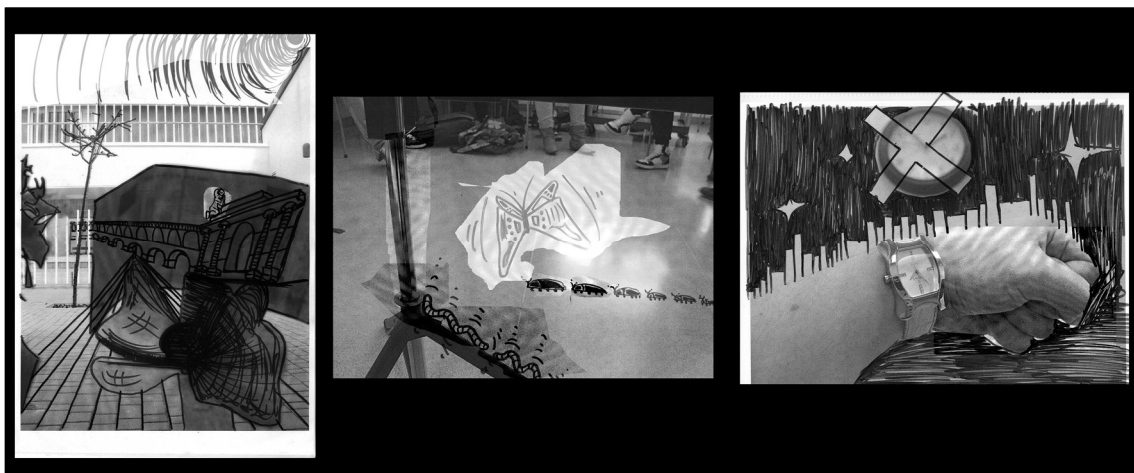


Figura 8-18. (2010) Narrativa presente – pasado – futuro.

Tercera fase: proyecto de creación común y proyecto de narración individual

En relación al trabajo se observa:

- Permanece la necesidad de fortalecimiento del grupo.
- Notable desarrollo de la tolerancia y la empatía.
- Necesidad de fortalecimiento de la autonomía.
- Aparición de primeras necesidades manifiestas de autoexpresión propia a través del lenguaje.



Figura 8-19. (2010) Proyecto audiovisual de creación común. El ciempiés.

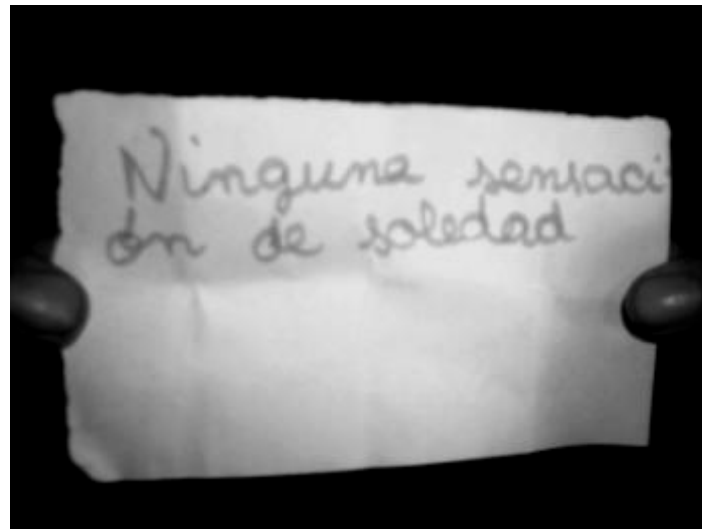


Figura 8-20. (2010) Visibilización emocional a partir del proceso.

En relación con el vídeo como herramienta se observa su uso para la construcción de narrativas individuales – grupales, empleando los conceptos básicos de la videoanimación, lo que favorece un análisis del espacio en relación con la dimensión temporal fragmentada en:

- Acciones
- Repeticiones
- Posibilidad de cambio
- Toma de decisiones
- La presencia de la sombra y el reflejo

Desde una perspectiva ahora constructora según la cual toda experiencia nos construye se puede reflexionar que:

Las creencias representadas por el constructivismo promueven una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada. Según esta idea, las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno. Los teóricos de la construcción social, por el contrario, creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, sostienen los construccionistas, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del «mundo común y corriente». Y es solo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. (Hoffman, 1996)

Proyecto de verano

Tras la evaluación por parte del equipo del adecuado devenir del proyecto, del alcance en la consecución de los objetivos y su permeabilidad a otros espacios terapéuticos, se solicitó el desarrollo de un programa específico diario desde el arteterapia y otros lenguajes artísticos, en el que manteniendo el vínculo con el grupo, el espacio y la arteterapeuta, se pudieran incluir algunos otros pacientes que no pueden disfrutar de sus vacaciones estivales por necesidad de mantenimiento del ingreso parcial.

El proyecto supuso una experiencia pionera en la comunidad para el periodo estival que se diferencia de las intervenciones al uso ofertadas por asociaciones y colectivos que persiguen fundamentalmente el desarrollo de actividades de ocio normalizado.

Sin olvidar el aspecto lúdico del arte, de exploración y experimentación, el objetivo principal del módulo estival de arteterapia era el posibilitar un espacio dedicado a la exploración de los sentidos y la experimentación creativa, favoreciendo a través de ella el fortalecimiento y permeabilidad identitaria, a fin de potenciar las interacciones interpersonales y la expresión de nuevo material intrapsíquico a elaborar posteriormente en la continuidad del taller de arteterapia, así como en relación con el equipo terapéutico.

Tras la necesidad detectada por parte del equipo de arteterapia, se estableció como objetivo prioritario el poder experimentar la expresión y creación a través de otros lenguajes artísticos, alternativos a la plástica y a los medios audiovisuales, que integrasen el tiempo, el movimiento, la ausencia, el ritmo, el ruido, lo propio, lo imaginario.

Se diseñó la intervención en una estructura semanal, con la colaboración de diferentes profesionales de probada formación y demostrada trayectoria en el ámbito artístico y educativo y con formación en Arteterapia: Elena Rodríguez, Tania Ugena, Laura de Miquel, Esther Carmona, Elena Morán y Ana Rosa Sánchez. Estos profesionales desarrollaron una intervención desde los distintos lenguajes artísticos, en cuatro sesiones de 1 hora cada día, de martes a viernes. Los lunes eran sesiones de continuidad e integración de la semana, de lo vivido, de lo retenido de la experiencia personal, de reunión del grupo con el equipo de arteterapia.

Cada taller respondía a unos objetivos concretos siempre en consonancia con los objetivos generales del proyecto y con el devenir propio de las sesiones, que como sabemos, modifica y reencuadra cualquier previsión.

Se estructuró en semanas, con la participación en cada una de ellas, de arteterapeutas profesionales, arteterapeutas en formación y una persona especialista en el trabajo en la inclusión a través del arte.

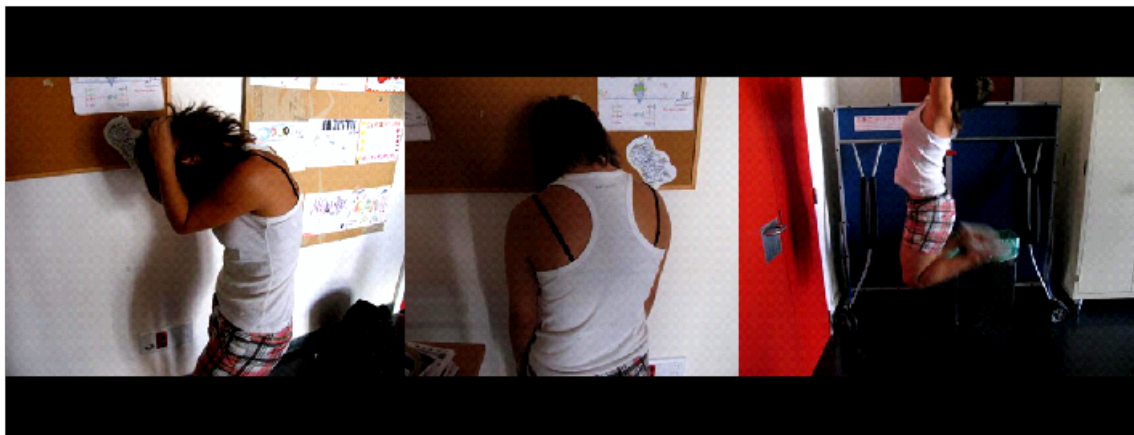


Figura 8-21. (2010) Secuencia de trabajo emocional (semana facilitada por Esther Carmona).

El objetivo fundamental era experimentar a través de otros lenguajes artísticos, generando a su vez materiales audiovisuales de contenido personal, para su posterior elaboración en la continuidad del taller de arteterapia. Trabajamos a través de materiales plásticos (la transparencia, lo que dejamos ver, etc....), el cuerpo y el movimiento (el rimo, el contacto, la corporeidad, los sentidos,...), la fotografía como lenguaje específico (apropiación e intervención en el medio clínico), las historias mitológicas como espacios de proyección (personajes, mitos, leyendas, héroes,...) y la performance como experiencia de conocimiento en el espacio-cuerpo-tiempo.

Algunas dificultades encontradas en el desarrollo del proyecto de verano

- Limitación temporal y física
- Número de pacientes y altas/bajas.
- Discontinuidad en la asistencia (altas parciales).
- Desconocimiento de algunos pacientes de menor edad y de nueva incorporación, no solo del trabajo terapéutico a realizar en arteterapia, sino de las posibilidades y connotaciones de los diferentes talleres lo que por tanto generaba un ritmo desigual y diferentes niveles de profundización en la autoexpresión.

Algunas ventajas ofrecidas por el proyecto

- Continuidad y afianzamiento vincular con el equipo de arteterapia y en el logro de objetivos.
- Amplificación de la mirada, de los contenidos y del potencial terapéutico del vínculo con el taller de arteterapia.
- Alto nivel de expresión y simbolización.
- Visibilidad de cambios significativos, desde una mirada en parte distinta a la del proceso del taller.

Algunas conclusiones del proyecto de verano

- El espacio les ha permitido conocer, a través de la experiencia, impulsados por la emoción (no siempre positiva).
- Las evidentes resistencias al adulto – referente clínico, se renuevan en la incorporación de nuevos adultos, pero el proceso de aceptación es más rápido al mantenerse el/los referentes grupales.
- Falta del proceso de vinculación con los profesionales invitados para un calado terapéutico, este se da en mayor medida en relación con la trayectoria previa del taller y los referentes anteriores, siempre apoyado y potenciado por la persona, la propuesta y el nuevo lenguaje que interviene en un encuadre y espacio terapéuticos.
- Evidente necesidad de desarrollo de habilidades propias que les permitan un mejor y mayor adaptación a la vida dentro y fuera del espacio clínico, como un tiempo de ensayo para la vida, que se da de forma específica en el trabajo desde el arte y el arteterapia.
- El establecimiento de límites dentro del espacio arteterapéutico, con sus diferencias con otros espacios terapéuticos, es fundamental para el desarrollo de la estructura personal.
- La obra en arteterapia, se constituye como una nueva versión del adolescente que llega al terapeuta para que pueda amplificar la mirada sobre él. Si la obra es efímera, la huella es el recuerdo, la memoria, que ahonda en la construcción narrativa que los adolescentes en el ámbito clínico pueden hacer de sí mismos, favoreciendo la tolerancia a la frustración de no obtener un objeto inmediato, un resultado.
- El espacio en el trabajo desde el arte y el arteterapia aparece, se queda, no es etiquetable, permanece. Es un espacio que permite el error y el juego, la incertidumbre, la fantasía, el dolor, la herida y la mejora.

8.2.1 Conclusiones de la Etnografía 1

- Largo proceso de vinculación: evidentes resistencias al adulto – referente clínico. Necesitan saber: cómo te diriges a ellos, si entiendes el modo en que se dirigen a ti, si te quedas en el mero encuadre patológico o te fijas en sus capacidades,...
- Hay algunos elementos que son comunes a todos los perfiles: pérdida emocional, empobrecimiento social, desajuste académico, desestructuración familiar,...
- Necesidad de desarrollo de habilidades propias que les permitan un mejor y mayor adaptación a la vida dentro y fuera del espacio clínico, como un tiempo de ensayo.
- El espacio les permite conocerse y conocer, a través de la experiencia, impulsados por la emoción, siendo la construcción grupal un todo armónico elaborado y complejo.
- El trabajo a partir de la imagen en sus dimensiones favorece la reestructuración emocional, permitiendo un lenguaje nuevo a través del cual la parte saludable, de vida, de los pacientes, llega de nuevo a ellos y a todos los miembros presentes en la institución
- En el trabajo con adolescentes, el abordaje de los sistemas y patrones de apego, las relaciones vinculares son temas de abordaje esencial.
- Junto a estos, la autoestima y la identidad, en búsqueda de futuras experiencias de éxito.
- El posicionamiento terapéutico ha de partir del entendimiento y acercamiento que hagamos a ellos como personas, tratando de minimizar la repercusión del estigma social presente en la enfermedad mental a tan temprana edad. Posicionamiento humanista.
- El adolescente es entendido como un ser humano en proceso de transición, de identificación personal. ¿Tiempo transicional?

- El establecimiento de límites dentro del espacio arteterapéutico, con sus diferencias con otros espacios terapéuticos, es fundamental para el desarrollo de la estructura personal.
- La realidad de la experiencia se construye a través de relaciones. Si el vínculo con el arteterapeuta es fuerte, este abre posibilidades de cambio para la persona, que le lleva a transformación de sí mismo hacia algo más fuerte, consciente, positivo. Esto hace referencia a la epistemología constructivista de la que ya hemos hablado.
- Las narraciones (terapias narrativas) permiten al adolescente trabajar sobre la realidad, no incidiendo en ella, sino sobre la narración que de ella hace, a través de un autodescubrimiento (de sí mismos – potencialidad) en el proceso, en relación con los otros.
- El proceso arteterapéutico será significativo para el adolescente, si le llega de forma que pueda entenderlo, de manera que se aborden sus necesidades de forma integral, apoyándonos para ello en los conocimientos que dan a base a nuestra disciplina y a los que no debemos renunciar.
- La obra en arteterapia, se constituye como una nueva versión del adolescente que llega al resto de profesionales para amplificar la mirada que sobre él depositan y de él se construyen.
- El espacio en arteterapia aparece, se queda, no es etiquetable, permanece. Es un espacio que permite el error y el juego, la incertidumbre, la fantasía, el dolor, la herida y la mejora.
- Elementos presentes en la creación, como la estética, vienen a desafiar el alcance de lo acontecido en el proceso.
- Necesidad de reajustar objetivos constantemente en función de la evolución, tomándolos cada vez como nuevo punto de partida para la evolución positiva del proceso.

- Importancia de “acoger” *al que viene* con lo que viene, pues es lo que le mantiene *vivo*, sobre todo en el trabajo con adolescentes con patologías mentales graves, que han fracasado en su intento de salida al mundo, lo que les ha provocado un mayor o menor quiebre emocional y psíquico.
- La necesidad de un perfil claro de los pacientes facilita la intervención, no solo a nivel diagnóstico, que a menudo es impreciso o inexistente, sino a nivel apreciativo: vivencias tempranas, crianza, relaciones parentales, familiares y sociales, experiencias, momento vital en que se encuentra, posibles vivencias dificultosas asociadas o no a la enfermedad, recorrido diagnóstico e institucional, etc.
- Atención a la relación transferencial / contratransferencial para acogimiento de la dificultad y el conflicto.
- En el caso de diferentes profesionales (co-terapeutas, arteterapeuta-arteterapeuta en prácticas,...) es fundamental esclarecer los roles entre ambos agentes y de cara a las personas con las que trabajamos.
- En arteterapia, las polarizaciones que llevan a posiciones imposibles, un manejo frecuente en los adolescentes, se desdibuja permitiendo la convivencia creativa en ese espacio intermedio, potencial y simbólico.
- En el trabajo con adolescentes, el arteterapeuta se convierte en testigo de la historia de cada uno de los pacientes, lo que le eleva a un lugar de enorme compromiso al que ha de atender con seguridad, y fidelidad a sí mismo o misma.

Algunas valoraciones al cierre del proyecto

En relación con el cierre del grupo de arteterapia, se concluye que la disolución prematura del mismo, y con ello, la dificultad en la continuidad de la intervención, dificulta la evaluación de la consecución de los objetivos de manera estable a medio largo plazo.

Generalmente, se sienten conformes con el recorrido, aunque sorprendidos de los logros, quizás por los restos evidentes de una autoestima débil y un autoconcepto desajustado, fruto del proceso de enfermedad y su institucionalización.

Se observa una mayor concentración, un mayor control sobre sí mismos y sus conductas, sobre el proceso creador, los agentes implicados en él y los resultados. A su vez, una mayor tolerancia a la frustración y la asunción del error y el posible fracaso (redimensionados en el tiempo). Las alianzas más fuertes con el resto del grupo generan un espacio seguro y protegido, ya propio, donde abordar no solo las relaciones sino también los conflictos y malestares latentes.

El vínculo alcanza sus máximas potencialidades, fortaleciendo el papel de la obra en la estructura triangular que se redimensiona en relación con el equipo terapéutico.

La presencia de una arteterapeuta en proceso de formación, como observadora participante, permite una mirada y escucha circulares, que si los roles y alcance de la intervención, así como la estructura vincular y las dinámicas de intercambio relacional, están suficientemente claros, favorece la amplificación de la escucha y la mirada de los y las arteterapeutas profesionales hacia los pacientes/usuarios y usuarias y viceversa. La participación de otras profesionales en el marco del proyecto de verano amplificó el sentimiento de apertura y libertad que de por sí el espacio adquirió.

Igualmente, el lenguaje audiovisual, amplifica la mirada propia, de uno mismo hacia los demás, así como sobre uno mismo. El registro, la imagen registrada, me muestra partes de mí que habitualmente no alcanzo a ver, a distinguir, que me muestran una imagen más integrada de mí mismo: no soy solo disrupción, ni síntoma, ni distancia...

El ámbito clínico hace presentes los que se han venido a llamar en esta investigación los desafíos del encuadre. En esta experiencia, las dificultades para el establecimiento del encuadre, se convirtieron en un continuo desafío: interrupciones en los cierres, presencia percibida como vigilante sobre todo en las

primeras etapas, espacio no preparado, ni específico, incorporaciones y altas inesperadas, heterogeneidad de las edades en un grupo demasiado numeroso y las dificultades específicas en los medios tecnológicos.

Aún a pesar de las valoraciones positivas por parte de los y las adolescentes, así como de parte del equipo terapéutico (psiquiatras y psicóloga), la decisión por parte del mismo fue la no continuidad del mismo al finalizar el año. La presencia de las arteterapeutas fue percibida y sentida por parte de algunos de los y las profesionales, como amenazante para su propia posición dentro de la institución, lo que hizo inviable la consolidación y continuidad del mismo, en una fase especialmente sensible al cambio y de la que se deriva normalmente un proceso de crecimiento de los proyectos, una vez que se han evaluado aspectos específicos de su desarrollo relativos al perfil de los usuarios a los que se dirige, al estilo y posicionamiento de la arteterapeuta así como del marco institucional, e inicio del proceso vincular con el equipo terapéutico que se sostiene en parte en una base de confianza y respeto en el saber mutuo, y por otra, y en otra, en un proceso vincular personal paulatino, de escucha mutua y confianza, que no se dio de forma efectiva en el caso de la etnografía descrita.

8.3 Etnografía 2:

Arteterapia en el Hospital de día San Agustín de Leganés: experiencia en un Hospital de Día con adolescentes.

➤ **Introducción**

La presente etnografía recoge la experiencia de intervención desde el Arteterapia en el contexto clínico de un Hospital de Día de Salud Mental Infanto Juvenil, concertado con la Comunidad de Madrid.¹⁴

¹⁴ El Hospital de Día Psiquiátrico San Agustín de Leganés. Proyecto desarrollado en convenio de intervención e investigación con la asociación Argos Arte en Acción y la empresa gestora.

➤ **Antecedentes**

El arteterapia se oferta como vía de intervención en el área Infanto-Juvenil del Hospital de Día Centro Educativo Terapéutico(HdD-CET)San Agustín, en julio de 2012, por demanda del propio equipo terapéutico del hospital de día, a través de la psiquiatra coordinadora del área infantil, quién ya había sido partícipe del proyecto descrito en la Etnografía 1 y que tras su traslado de hospital, decide contactar con la entidad organizadora del proyecto para la valoración de un nuevo proyecto de arteterapia en el actual centro.

El primer contacto se realiza con anterioridad a esa fecha, entre la coordinadora general por parte de la asociación y la entidad gestora del hospital, y tras ello, se realiza una reunión de presentación del proyecto a la que asisten la coordinadora general, la arteterapeuta coordinadora del proyecto de arteterapia en el Hospital de Día de San Agustín (la propia investigadora), el responsable gestor del Hospital de Día y los profesionales que componen los equipos interdisciplinarios para las áreas de infantil y adolescentes.

La propuesta es acogida positivamente y se establece un periodo inicial de tres meses de prueba, tras el cual, se valora la incorporación o no del programa en ambas áreas.

El proyecto se desarrolla¹⁵ bajo la coordinación de la investigadora en el área de adolescentes durante los meses de julio y agosto, y acompaña la figura de una arteterapeuta de apoyo.

Se establece la naturaleza terapéutica del mismo, diferenciándolo así de otras ofertas desde el ocio que solían plantearse en la institución en épocas estivales hasta el momento.

Para su puesta en marcha se desarrolló una reunión con el equipo de adolescentes en la que se revisaron los perfiles de los y las adolescentes, así como algunos objetivos de partida a abordar de forma complementaria desde arteterapia.

¹⁵ Arteterapeuta coordinadora y referente del grupo: Ana Serrano Navarro. Arteterapeuta de apoyo: Esther Carmona Pastor.

Se redactó un documento informativo para las familias así como un certificado para la toma de imágenes concretando su uso, por un lado el específico con fines propios del trabajo arteterapéutico, y por otro, con fines divulgativos, académicos y científicos, como lo es la presente tesis, dado que el proyecto se establece en convenio de intervención e investigación.

Desde ese momento, el arteterapia se incluye en el horario de atención a los pacientes en el Hospital de Día, tal y como se refleja en la siguiente imagen:

DEA HORA	LUNES 2 Julio	MARTES 3	MIÉRCOLES 4	JUEVES 5	VIERNES 6
10:50	10:50- ENTRADA	10:50- ENTRADA	10:50- ENTRADA	10:50- ENTRADA	10:50- ENTRADA
11:00/12:00	TERAPIA DE GÉNERO CHICAS	11:00/11:30 DESAYUNO TERAPEUTAS- PACIENTES	A. T. DE GRUPO (SALA GRANDE)	11:00/11:30 DESAYUNO TERAPEUTAS- PACIENTES	SALIDA
	TERAPIA DE GÉNERO CHICOS	11:30-13:00 ARTETERAPIA	B. T. DE GRUPO (COMEDOR)	11:30-13:00 ARTETERAPIA	
			E. T. DE GRUPO (Ocupacional)		
12:00/13:00	DESCANSO		DESCANSO		DESCANSO
13:00/14:00	GRUPO COMUNITARIO (COMEDOR)	13:00-13:15DESCANSO	GRUPO COMUNITARIO (COMEDOR)	13:00-13:15DESCANSO	GRUPO COMUNITARIO (COMEDOR)
		CLUB (COMEDOR)		GRUPO COMUNITARIO (COMEDOR)	
14:00/15:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA

Figura 8-22. Serrano, A. (2012) Cuadrante horario verano de 2012.
Hospital de Día de Leganés

➤ Marco institucional

El proyecto se desarrolla en un Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico concertado con la Comunidad de Madrid. Es un recurso de hospitalización parcial de tipo ambulatorio que ofrece una atención integral e intensiva a pacientes con trastornos mentales graves.

Como recurso terapéutico ofrece por un lado continuidad a los tratamientos ambulatorios de los Servicios de Salud Mental de la zona, y por otro, constituye una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, lo que para los y las pacientes supone un riesgo mayor de exclusión del medio familiar y social en las etapas del desarrollo infanto-juveniles, donde el tiempo y la gravedad juegan en contra del

desarrollo del niño/adolescente repercutiendo en todas las áreas de su vida: emocional, familiar, social, cognitiva, etc.

Al contar con un equipo multidisciplinar que permite el desarrollo de un proceso terapéutico global, se abordan de manera integral los múltiples factores que puedan haber contribuido tanto en la génesis como en el mantenimiento de los trastornos mentales graves. La retirada parcial de la escolarización normalizada permite una intervención intensiva en pro de un cambio en los procesos psicopatológicos de los y las pacientes, reincorporándose después a la escuela, bajo la supervisión del equipo terapéutico en el proceso.

Otro de los elementos claves es la actuación intensiva sobre las dinámicas familiares, tanto por el trabajo específico con las familias como por la implicación que supone a las mismas la estructura de trabajo del HdD – CET.

Se basa en los principios de Comunidad Terapéutica, siendo el ambiente estructurado el que aporta una variedad de interrelaciones e interacciones emocionales satisfactorias que generan nuevas experiencias y aprendizajes, así como el desarrollo de competencias personales y sociales.

La estancia media es de 9 meses de estancia contractual, que todos superan hasta 1,5/2 años, tras los cuáles se valora la salida gradual.

➤ **Concepción del trabajo terapéutico/arteterapéutico**

Tal y como se desprende del apartado anterior, el Hospital de Día se entiende como un entramado relacional que ofrece a los y las adolescentes la posibilidad de confrontar nuevas situaciones que habrán de poner en juego sus capacidades y recursos personales para resolverlas e integrarlas, desde la comprensión de la globalidad de su personalidad. Por ello resulta fundamental el entendimiento del abordaje integral que se lleva a cabo por parte del equipo interdisciplinar.

La experiencia previa de la investigadora y del equipo de arteterapia en el mismo contexto institucional, permitió reajustar la posición arteterapéutica y concretarla para el contexto específico de salud mental. Desde ese posicionamiento

se entiende el arteterapia como una disciplina terapéutica que se sirve de la creación artística a través de los diferentes lenguajes artístico-plásticos (pintura, fotografía, escultura, escritura, dramatización, movimiento, etc.), para facilitar la expresión e integración emocional de las vivencias, dificultades y conflictos, acompañando a las personas en un proceso de mejora y cambio, que ahonde en su bienestar integral y su salud, permeando a todas las parcelas de su vida.

Dicho proceso de acompañamiento ha de darse en el marco de una relación vincular terapéutica y en la contención de un encuadre adecuadamente establecido por el o la arteterapeuta para ello, que pone la mirada y el acento en la persona como capaz de ser protagonista de su proceso, de creación y de cambio, desde la salud residual, la capacidad, la creatividad y el potencial personales.

En esta ocasión se amplió el espectro de los posibles lenguajes plásticos, si bien de nuevo la imagen y el lenguaje audiovisual, cobraron notorio protagonismo en las últimas sesiones, en las que se desarrollaron narrativas audiovisuales personales que permitieron la toma y selección de imágenes, la edición de las mismas, el desarrollo de una narrativa personal y la configuración de la producción audiovisual.

Al ser de inicio una experiencia breve, el foco se pudo en el desarrollo vincular con las arteterapeutas y el espacio, así como el acercamiento a las técnicas artístico-plásticas, los materiales y los procesos, desde una posición de ser creador, alejada de los aspectos más educacionales de la disciplina, a los que el grupo estaba acostumbrado. El taller quedó definido así desde el marco arteterapéutico, es decir, un espacio terapéutico específico que acoge los procesos de creación en una relación vincular estable y contenedora, que asegura el espacio simbólico para el adecuado despliegue emocional y vivencial, desde la expresión personal y la posible elaboración de las dificultades personales, en este caso en el seno del grupo como contenedor.¹⁶

¹⁶Recuperado de Etnografía 1

➤ **Encuadre**

El proyecto se desarrolla en dos sesiones semanales de 1 hora y media de duración, los martes y jueves, de 10.00h a 11.30h. Un total de 9 sesiones de 90 min.

La asistencia a arteterapia es obligatoria si bien en el espacio se acoge el deseo o no de crear, y por consiguiente, es entendido como parte del propio proceso. La siguiente imagen muestra la estructuración del horario en el que se integra arteterapia:

Las sesiones se estructuran en tres fases diferenciadas:

- Encuentro con el grupo, vinculación con el proceso (sesión anterior, semana,...), puesta en común de cómo estamos, cómo nos encontramos.
- Proceso de creación, desarrollo central de la sesión.
- Recogida y Cierre

Se estableció la condición de que la psicóloga terapeuta referente del grupo asistiera a los cierres de las sesiones, a lo que se accedió en el periodo de prueba.

➤ **Vinculación con el equipo**

El equipo de arteterapia estaba compuesto por una arteterapeuta referente y una arteterapeuta de apoyo. Ambas figuras consensuan el diseño y planteamiento de objetivos para los pacientes y asisten a las reuniones de coordinación con el equipo terapéutico, desarrollan el registro y la memoria (nº de asistentes, desarrollo de las sesiones, atención individual-grupal, objetivos, etc.), así como se encargan de la revisión de aspectos relativos a contrato terapéutico, confidencialidad, etc. que son comunicados al resto del equipo.

De nuevo, la estructuración del equipo terapéutico es de tipo mixta y aún siendo el manejo efectivo de las dinámicas terapéuticas de naturaleza horizontal, permanece la figura del psiquiatra, como referente en los intercambios de información y revisión del trabajo semanal.

Al no ser establecida de forma sistematizada y siendo ubicadas en espacios y tiempos diferentes a las reuniones habituales del equipo, la integración de la figura no es del todo efectiva. Las arteterapeutas no participan de las reuniones de equipo para diseño y formulación de objetivos.

La figura de una arteterapeuta de apoyo no solo da soporte a la arteterapeuta referente (derivar demandas de índole técnico, mirada y registro conjunto), sino que se establece en un diálogo co-terapéutico desde una posición activa frente al grupo de ambas arteterapeutas, atendiendo de forma específica a algunos de los casos dentro de este que por vinculación natural, tienden a una relación más directa con esa figura, o a aquellos considerados menos graves y con un manejo más adecuado al espacio y a las dinámicas interpersonales.

Es fundamental el trabajo de coordinación y supervisión para el esclarecimiento de los roles en el espacio, de cara a los pacientes y a la institución, pero fundamentalmente para que permita el adecuado despliegue de las narrativas vinculares y transferenciales que harán posible el trabajo arteterapéutico.

➤ **Comunicación y confidencialidad¹⁷**

El límite entre ambos aspectos ha de ser consensuado y respetado en el seno del equipo terapéutico, que velará por el cumplimiento de las condiciones esenciales para el buen avance del trabajo terapéutico.

La comunicación relativa a las producciones artísticas no implica revelar cada detalle relativo a la obra, su contenido, etc., siendo prioritaria la comprensión del proceso del que es fruto y la dimensión emocional que ha podido tener en la persona.

Es la arteterapeuta responsable del proyecto la encargada de velar por los aspectos relativos a la comunicación y la confidencialidad. Todas las personas colaboradoras en el proyecto firman un compromiso en el que declaran expresamente respetar estos aspectos.

¹⁷Recuperado de Etnografía 1

A su vez, se informa a los y las usuarias y a sus familias, de la toma de imágenes y grabaciones para el uso interno del taller, y con fines específicos para la investigación y divulgación exclusivamente académica o científica.

➤ **Importancia de la obra**

Si bien en muchos casos no es considerado necesario compartir o mostrar la obra, que no está presente en la dinámica de intercambio y reflexión posterior sobre el taller, sin que esto impida la correcta valoración sobre las dinámicas acontecidas en el proceso arteterapéutico, se incluye en la valoración del trabajo trimestral para este proyecto, elemento muy valorado por los y las profesionales del equipo, ofreciéndoles en muchos casos una mirada nueva y diferente sobre los y las personas con las que trabajan, que amplifica la percepción de los procesos y les acerca más a los aspectos más emocionales y personales de estos.

A su vez, las producciones artísticas ofrecen un intento y acto comunicacional del ser que va más allá del registro verbal, que sobre todo en pacientes con patologías mentales severas, supone una diferencia cualitativa en las posibilidades para la comunicación interna-externa, que integran la experiencia emocional asociada al encuentro con los y las otras.



Figura 8-23. Serrano, A. (2015) Dinámica emocional/comunicacional en el espacio de arteterapia grupal.

Es por ello que puntualmente se establecen dinámicas que se entienden como favorecedoras de posibles cambios en el calado terapéutico y a veces, estas

pasan por el mantenimiento de un trabajo a lo largo de las sesiones, por el planteamiento de un posible punto de partida para la sesión con determinados pacientes, o a veces son de carácter grupal. En dichos procesos, la obra es un elemento determinante en el taller, que es a su vez un elemento vincular y terapéutico de enorme potencial.

➤ **Tipo de triangulación y análisis de datos**

Se da una reunión previa al inicio del taller, se establecen reuniones tras la sesión con algún miembro del equipo y se desarrolla una reunión de coordinación y valoración final.

El registro posterior a las sesiones es realizado de manera conjunta entre la arteterapeuta responsable y la arteterapeuta de apoyo, incorporándose el diseño de una tabla registro modelo que trata de implantarse en el taller de arteterapia para el posible diseño y análisis de escalas.

Dicho registro, no excluye la recogida de los datos de tipo cualitativo, narrativo y descriptivo, pero trata de organizarlos en función de indicadores y valores específicos relacionados con las mismas áreas ya descritas en la Etnografía 1 y que trasladamos al actual contexto:

- Aspectos comunicacionales, internos y externos
- Relación con la obra, con los materiales, con el espacio
- Relación con la arteterapeuta, dinámica vincular, dinámica transferencial
- Momento del proceso arteterapéutico y relación con el proceso vital
- Narrativa que se despliega
- Elaboración verbal
- Registro visual de las producciones

La supervisión externa es realizada periódicamente con la arteterapeuta coordinadora general del programa.

➤ **Diseño y reformulación de objetivos en las diferentes áreas**

Para el diseño de objetivos se tomaron en cuenta los objetivos generales planteados por el dispositivo asistencial y su naturaleza (a), articulados para dar

respuesta individualizada e integral a los y las pacientes acorde desde el entendimiento del trabajo arteterapéutico (b). De esta manera, la intervención desde arteterapia se integra en el abordaje integral a los pacientes establecido por el equipo de trabajo (c). Quedan formulados en los siguientes epígrafes:

a) Entre los objetivos del tratamiento en el HD – CET se encuentran:

- La actuación sobre el cuadro clínico del paciente buscando estabilidad, mejoría y/o remisión de la sintomatología.
- La actuación sobre el entorno familiar y social del paciente, promoviendo una actitud contenedora y estabilizadora y por tanto, favoreciendo la reinserción a estos niveles.
- La actuación sobre las secuelas del proceso patológico, favoreciendo la calidad de vida y la disminución del sufrimiento.

b) Desde el arteterapia partimos, en relación con los anteriores, de los siguientes objetivos generales (que se encuadran la intervención individualizada y grupal sobre los pacientes):

- Facilitación del desarrollo y expresión emocionales en un espacio de contención y seguridad
- Desarrollo de la capacidad creativa y creadora de los pacientes, posibilitando vías alternativas para la expresión y simbolización personal en relación e interacción con los otros, favoreciendo así la intersubjetividad como marco contenedor de desarrollo.
- Fortalecimiento de las capacidades individuales, ahondando en el autoconocimiento, el autoconcepto y la mejora personal.
- Desarrollo y afianzamiento de la estructuración autoidentitaria y personal.
- Integración de las experiencias de vida en relación con los aspectos saludables más allá de las patologías personales, aumentando a su vez la conciencia de “malestar-bienestar” en el sentido de entendimiento de la propia situación de vida, como experiencia y proceso de posibilidad, crecimiento y cambio.

c) **Objetivos específicos ajustados y reformulados en función de cada paciente, como para la intervención en arteterapia:**

- Favorecer el desarrollo vincular en relación con el terapeuta y con los otros pacientes como ensayo a su vez para la integración social y familiar.
- Favorecer procesos creativos personales en el amplio espectro de la palabra (de la obra, de las relaciones, de los proyectos,...).
- Atender, a través del proceso creativo, a aspectos individuales en relación con la patología.

➤ **Metodología de intervención**

Tras el análisis de los perfiles de los y las chicas que configuran el grupo se diseña un organigrama para el desarrollo del proyecto en el período de prueba de 9 semanas de duración. De esta manera, el desarrollo de las sesiones queda articulado en torno a unos ejes temáticos/metodológicos, lo suficientemente amplios como para favorecer la libertad expresiva y lo suficientemente concretos como para ofrecer un marco de contención para el inicio vincular del taller:

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9
La red y el contrato	-El muro -Yo, yo mismo, mis aficiones, mis emociones	El espacio y la fotografía	La integración emocional de los contrarios	Relato audio-visual personal	Relato audio-visual personal	Zoom	Zoom	Cierre

Figura 8-24. Serrano, A. y Carmona, E. (2012) Organigrama de las sesiones de arteterapia.

➤ **Desarrollo del proyecto de arteterapia**

El proyecto se desarrolló con 11 chicos y chicas de entre 12 y 18 años, 4 chicas y 7 chicos, ingresados en el Hospital de Día y que sufren patologías severas. La descripción de los perfiles de los y las chicas por parte del equipo terapéutico son brindados en una reunión de coordinación inicial por el psiquiatra y las psicólogas clínicas. Los datos recogidos que a continuación se detallan conforman

el punto de partida. Se desarrolla un breve análisis de 7 de los 11 casos, aquellos con los que la continuidad (dentro de las limitaciones del proyecto) permitió el despliegue creativo y personal.

Para el análisis del proyecto se distinguirán tres fases, marcadas por tres reuniones de revisión y coordinación con el equipo de trabajo, la tercera de ellas como cierre y evaluación del mismo de cara a su posible continuidad. Tales fases son:

- Primera fase: creación del vínculo terapéutico. Sesiones 1 y 2.
- Segunda fase: inicio del proceso de expresión identitaria. Sesiones 3, 4, 5 y 6.
- Tercera fase: consolidación de la relación vincular y profundización en el desarrollo personal creativo arteterapéutico. Prospectiva. Sesiones 7, 8 y 9.

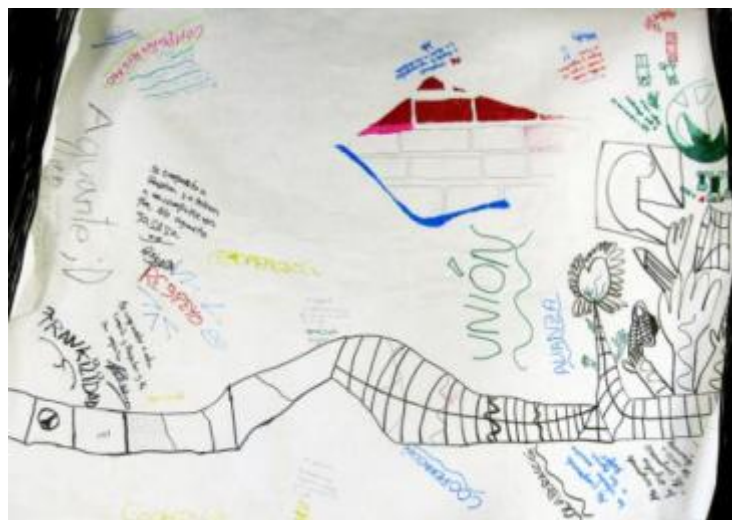


Figura 8-25. (2012) Primera fase: la red y el contrato. Reflexión grupal sobre la experiencia y compromiso. Indicadores verbales: cooperación, respeto, compañerismo, aguante, tranquilidad, unión y colaboración.

➤ **Desarrollo de las sesiones por paciente:**

❖ **Adolescente 1**

Perfil descriptivo del caso:

Mujer de 17 años. Ingresada desde octubre de 2010, llega al centro con diagnóstico de esquizofrenia. Vive en una residencia. Se valora la posibilidad de pasar a adultos.

En muchos momentos presenta sintomatología negativa con cierta pobreza (sintomatología psicopatológica), y activa en otros momentos, incluso delirante.

Los síntomas que presenta no son muy autorreferenciales, pero sí de inseguridad en relación con los y las otras, con quienes mantiene un intercambio pobre. Su entrenamiento social es prácticamente inexistente y presenta incapacidad para hacer juicios de las opiniones de los demás, lo que le genera una enorme desconfianza.

Como parte de la historia familiar los padres están separados, y carece de referencias vinculares: padre ausente y madre sufre problemas de salud mental (posible trastorno delirante).

En su manejo se muestra emocionalmente frágil, con una cierta desconexión del mundo que pudiera hacer pensar que “no le importa” lo que ocurre a su alrededor. En sus interacciones muestra una actitud dócil y colaboradora.

Buena capacidad de vinculación.

Desde arteterapia nos planteamos trabajar:

- Generación de un vínculo seguro para entender las relaciones de confianza.
- Búsqueda de un lenguaje propio, tanto verbal y escrito, como plástico, que le ofrezca una visión de sí misma diferente.
- Incorporar aspectos lúdicos desde la experiencia, de alegría, de disfrute, que añadan una imagen más completa y no solo de seriedad y trascendencia hacia sí misma, los demás y el mundo.
- Favorecer la relación con los otros como forma de conectar un deseo propio con la realidad.
- Propiciar la apertura y la flexibilidad.

- Profundizar en el autoconocimiento para favorecer una relación más flexible, tolerante y coherente consigo misma

Valoración del proceso:

Se resaltan su silencio y sus tiempos en el ritmo de trabajo. En las primeras sesiones se esfuerza por describirse a sí misma brindándose al espacio, a las experiencias, casi como en un recetario. Su relato narrativo es extenso y a menudo alejado de lo concreto, hacia objetivos amplios y universales, en gran medida idealizados.

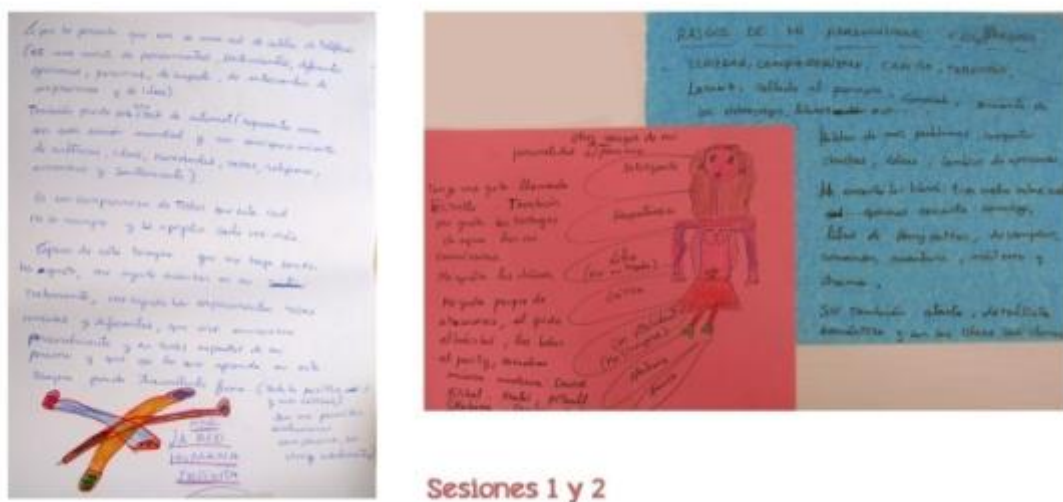


Figura 8-26. (2012) Primera fase adolescente 1

En las sesiones de trabajo fotográfico (segunda fase), se muestra más cercana a los y las otras, incluso quiere elegir grupo en el que integrarse para el trabajo pero no llega a tiempo y se conforma con lo que se toca. Al desarrollarse el trabajo en varias sesiones, en la segunda de ellas interactúa con los otros y otras para pedirles ayuda en las imágenes. Fotografía el entusiasmo con las manos sobre el corazón como si sobresalieran.



Figura 8-27. (2012) Segunda fase adolescente 1. Fotografía y narrativa visual.

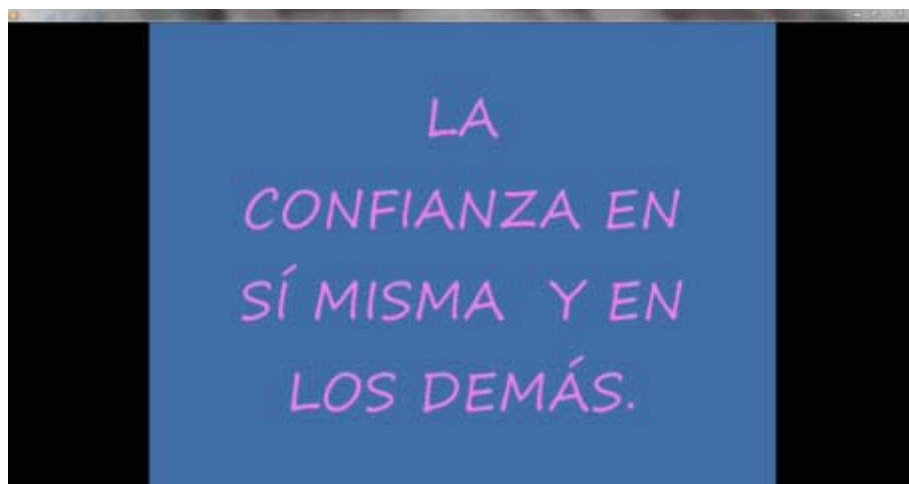


Figura 8-28. (2012) Segunda fase adolescente 1. Narrativa audiovisual: “La confianza en sí misma y en los demás”.

En las sesiones de construcción del relato audiovisual trabaja sobre un relato en el que ella es un hada mágica que aporta a todos apoyo para solucionar un enorme problema de comunicación que se dará en el año 2025. Lo conecta con el trabajo fotográfico.

Incidimos en que el hada, además de aportar, también recibe de los y las demás, lo que le acerca al mundo, y ella dice señala su confianza y apoyo. Su contacto con los otros y otras sigue, a pesar de los pequeños cambios, siendo muy limitado y superficial, quedando así sus valores en algo “demasiado grande”, que no se concreta en nada ni en nadie. Incluso al afrontar la posibilidad de pensarse en lo personal, aún habla de problemas poco cercanos a la vida y a sí misma. Sobre el trabajo señala *“me ha faltado aclarar que...casi todo en el vídeo es ficticio, menos yo”*.

En las últimas sesiones (8 y 9) trabajamos la idea de zoom, incidiendo con ello en lo que cada uno desee comunicar o explorar. Ella vuelve a esa especie de recetario de instrucciones que titula *“Leer antes de...”*.

Deseos de vida en pareja, en familia, pero también de ser integrada en la vida de sus padres, de ser parte y protagonista de su historia, cobran la mayor importancia en la obra, a la que acompaña una enorme interrogación.

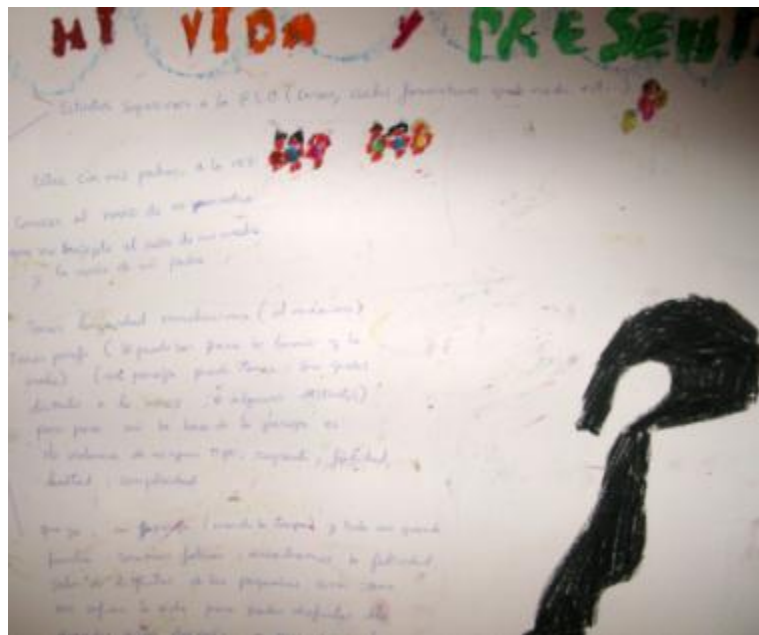


Figura 8-29. (2012) Tercera fase adolescente 1. “Leer antes de...”

Observaciones:

- En su proceso creativo se dan fases de conexión-desconexión, en relación al ritmo lento, sopesado de cada palabra y cada detalle.
- Sus temas referenciales son catalogados por sí misma como no aptos para menores de 12 años.
- La estructura en sus obras se desarrolla como un “leer antes de” al que ella alude, como un manual de “uso” deseable. Se percibe un deseo de, ensoñación en relación con la realidad pero alejada de ella, inventada incluso.
- Búsqueda de una mirada como desea, bajo un patrón idealizado de sí misma. Ese idealismo es generalizado a otros ámbitos.

- Los sueños se ubican en el futuro, apenas hay alusión al pasado, salvo en una fotografía, y el presente permanece desdibujado.
- Las interrelaciones que no son fáciles en el día a día, aparecen en su proyecto de vida, incluso la construcción de una familia grande, una vida en pareja.

❖ Adolescente 2

Perfil descriptivo del caso:

Mujer de 17 años. Llega al centro con diagnóstico de esquizofrenia y psicosis. En el momento se encuentra estable y conectada. Pendiente su paso a atención de adultos.

Presenta sintomatología estable y cierta fragilidad en la autorreferencia. Muestra cambios evidentes, en ocasiones hacia la sintomatología activa y en ocasiones hacia el malestar, sin llegar a un desarrollo paranoide.

Es muy madura y en sus interacciones muestra una actitud dócil, frágil y suave.

Suele hablar poco pero cuando lo hace muestra un buen nivel de comprensión. Está haciendo un PCPI de peluquería pero presenta una gran dificultad en el manejo social e incorporación al trabajo y a la vida. Le gusta bailar, la estética, el diseño y la ropa.

Buena capacidad de vinculación.

Valoración del proceso:

En las sesiones de fotografía, se muestra atenta y trabaja, ayuda a las arteterapeutas, aunque su ánimo es algo bajo.

Se niega a trabajar con alguno de sus compañeros con quien no se siente cómoda. Realiza diferentes tomas y parece entender bien la búsqueda y la exploración, aunque de forma muy concisa y casi mecánica.

En las sesiones sobre el relato audiovisual, elige 3 imágenes que amplía a 4 tras la intervención. Su relato alude a las mañanas, antes de salir de casa donde ella siente libertad, y justo a un momento en que le entra la tristeza porque en la calle todos se ríen de ella, dice llorar incluso.

Lo relaciona con la libertad, pero como un derecho. Al pedirle aterrizar la libertad en su vida alude a los momentos en casa en que escucha música, y habla del hospital, de la experiencia de fotografiar, como un momento también de sensación de libertad, con los compañeros.

En una ocasión se describe a sí misma de la siguiente manera que más me gusta de mí es que soy comprensiva con los demás, entiendo sus problemas. Para conocerme mejor diré que me gusta relacionarme aunque me cueste. Lo que más me gusta es estar en mi casa, escuchar música pop y flamenco, me gusta leer revistas, comics, libros. De cine: me gustan películas estilo Crepúsculo, comedia, de amor".

Desde arteterapia:

- vínculo para trabajar las relaciones de confianza.
- incorporar un lenguaje creativo, para que le ofrezca una visión más positiva de sí misma y la haga más flexible de cara al entendimiento y la comprensión de los actos propios y ajenos
- expresión de lo propio hacia los otros, que se dé a conocer desde aquí.
- verbalización hacia el grupo desde la obra, no quedar todo su mundo en algo propio poder abrir este mundo a los demás
- buscar formas de tolerancia hacia los demás
- profundizar en el autoconocimiento para favorecer una relación más flexible, tolerante y coherente con si misma



1.



Figura 8-31. (2012) Fotografía: narrativa visual.

En el trabajo en fotografía disfruta con los compañeros y les da un lugar en su historia cuando habla de la libre expresión. Trabaja las sensaciones personales de su día a día, de su malestar que siente cada mañana, al despertar, cuando el mundo se presenta de forma hostil a sus ojos y no le ofrece un lugar desde el que salir y mostrarse.

En las últimas sesiones comienza a mencionar a un chico del que dice sentirse enamorada, y habla de los compañeros del hospital como amigos, estando cercana su marcha.

Conclusiones:

- Habla de la libertad y de su ausencia al inicio del taller, luego va variando hacia la ayuda y el cariño que siente por sus compañeros.
- Reitera de forma obsesiva algunos temas (como la libertad y su ausencia, la relación con sus compañeros, el amor...)
- Aunque se muestra cercana a sus compañeros no existe un acercamiento real basado en experiencias emocionales satisfactorias.

❖ Adolescente 3

Perfil descriptivo del caso:

Mujer de 17 años. Proviene de la Unidad Infantil y presenta diagnóstico de psicosis.

Se muestra muy “pegada” a la madre, de forma que su manejo es insuficiente para su edad, incluso mostrándose incapaz de responder en muchas ocasiones. Su actitud es infantil y angustiosa. Muestra dificultad ante los cambios, se angustia y se bloquea ante lo nuevo, pero sin muestras de agresividad.

Es afable, amable y simpática, aunque se mantiene superficial en el trato. Se retrae mucho ante los cambios, inclusive con ingreso, sobre todo los cambios físicos que los siente a flor de piel y no es capaz de tolerar.

Buena capacidad de vinculación.

Desde arteterapia:

- Favorecer la autonomía desde la toma de decisiones creativas hacia la vida
- Trabajar el autoconcepto, más desde el autoconocimiento y no tanto desde la enfermedad
- Toma de conciencia de la realidad, con una sensación de protección o de seguridad

- Favorecer la expresión emocional, conectar la alegría y las experiencias reales

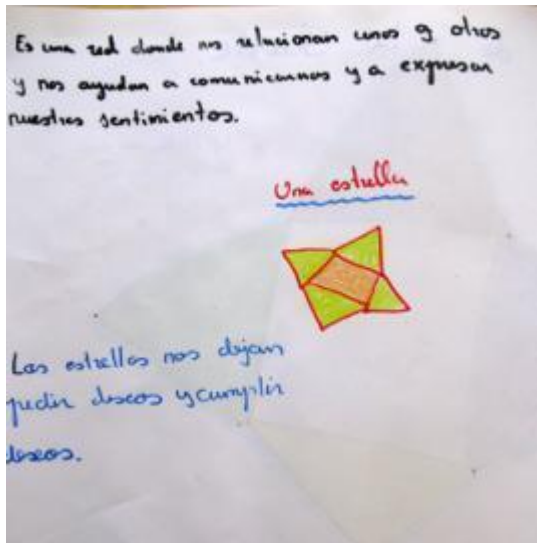


Figura 8-32. Primera sesión.

La red y yo misma.



Figura 8-33.

Segunda sesión.

“Espero que te guste”.

Valoración del proceso:

Acude a pocas sesiones al inicio por ausencia del hospital durante un ingreso y una más al final en la que se sorprende del nivel de trabajo y de libertad que se ha generado en el espacio.

Su actitud es tranquila pero lo pasa verdaderamente mal cuando los cambios a su alrededor o en sí misma (hormonales) a calan a nivel físico.

A nivel gráfico, como en la mayoría de casos, el desarrollo ha quedado detenido en etapas anteriores, seguramente por falta de experimentación, pero

también muestra una pobreza simbólica y una ausencia de exploración emocional. En su segunda obra, el deseo es que guste a la arteterapeuta, por encima del disfrute o la autoexpresión.

Por discontinuidad en la asistencia no se puede ampliar la valoración del caso aunque de inicio era un caso de buen pronóstico en arteterapia ofreciendo a la paciente una vía de expresión alternativa, que le permitiese elaborar las dificultades relacionadas con las sensaciones corporales, integrando el cuerpo en la obra y el proceso.

❖ **Adolescente 4**

Perfil descriptivo del caso:

Hombre de 15 años. Ingresado desde mediados de 2010 (1 año y medio cuando comienza el taller de arteterapia).

Muestra una fuerte dificultad para comprender el mundo, comenzando por el lenguaje, en parte debido a su idioma de origen chino, pero que no se reduce a ello.

Muestra una evidente falta de apego en el hogar. No entiende ni tiene apego en casa.

De fondo narcisista, presenta acusados deseos de perfección y superioridad, lo que choca con la realidad que niega, colocando en una posición de inferioridad a los y las demás... Esto le conduce a fuertes ataques de ira y frustración. Estos episodios conductuales se despliegan al contacto con otros chicos y chicas, incluso rompiendo objetos.

Es muy perfeccionista y le gusta el manga. Le ansía llegar a los detalles y a la perfección con una nula tolerancia a la frustración. En esa búsqueda de perfeccionismo no emprende nada por no dejarlo a medias, en apariencia por querer dejarlo perfecto, a lo que subyace una incapacidad para tolerar el error.

Buena capacidad de vinculación.

Desde arteterapia:

- Proyección personal (ver qué hay de real en lo que hace, ver quién es el personaje y trabajar desde el presente)
- Favorecer un discurso positivo de sí mismo
- Estimular la comunicación externa, tanto para favorecer los aspectos conductuales como para permitirle mostrarse más flexible (alejando en parte el personaje construido para sí mismo).
- Reflexionar sobre quién es él desde su experiencia real y desde ahí construir el apego
- Trabar el disfrute y la experimentación real desde la creatividad y la técnica.
- Profundizar en el autoconocimiento para favorecer una relación más flexible, tolerante y coherente con sí mismo.



Figura 8-34. (2012) Primeras sesiones. El personaje – yo.



Figura 8-35. (2012) Fotomontajes para narrativa audiovisual.

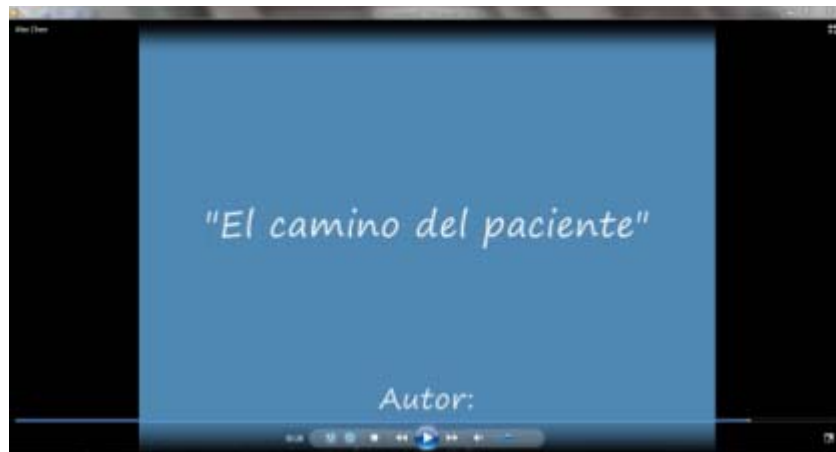


Figura 8-36. (2012) Narrativa audiovisual. “El camino del paciente”.

Valoración del proceso:

Muestra tendencia a referirse a sí mismo como “desdoblado en múltiples personalidades”, identidad que le ofrece un lugar para mostrarse, desde la propia patología como recurso identitario. Tiene creado para sí una especie de personaje caracterizado como en el cómic manga, desde el que es capaz de mostrar gráficamente incluso, su timidez. Utiliza en el texto en los bocadillos para referirse a sí mismo, en una especie de tercera persona pero siendo muy consciente de que habla de sí mismo. “Parece ser que...” soy, tengo, me gusta...hablar de sí como si, casi en metáfora”.

Se observa que hace un reclamo de las arteterapeutas desde lo negativo, lo ausente, la carencia (busca el refuerzo desde este discurso).

Desde el primer día ha marcado inflexibilidad a la experimentación con materiales diversos pues ha indicado que él dibuja con “grafito y lápiz azul” y así lo ha hecho en todas las sesiones, salvo en aquellas en que se propuso el trabajo con fotografía y edición audiovisual.

En los primeros trabajos incorpora este personaje, desde el que habla en primera persona. Destaca su entonación a la hora de hablar, algo elaborada y en un tono alto.

Serán constantes en su discurso aspectos polarizados: tener padres chinos y no hablar este idioma, de haber nacido en cerca del mar y no conocerlo, etc. que en

gran medida van asociados a la realidad de sus vivencias y que tratamos de que pueda poco a poco explorar para discernir qué aspectos son “añadidos” y que de ello es parte de una vivencia real que se pueda desde el espacio terapéutico, resignifica.

En el trabajo audiovisual trabaja “el camino del paciente” en el que habla de sí mismo (casi como en tercera persona) y su timidez, y las dificultades que esto les conlleva a la hora de relacionarse con los otros y con el mundo. Achaca su dificultad a sus “múltiples personalidades” y más allá de eso, permitirse expresar que se siente perdido, sumido en la oscuridad, es un paso importante para él.



Figuras 8-37 y 8-38. (2012) Últimas sesiones. Un paso hacia el “soy”. Alguien influenciable a través de la mente, que se mantiene quieto, inmóvil, hasta que logra moverse.

Conclusiones:

- A nivel gráfico, las obras presentan grafismos diferenciados: cuando es él mismo, cuando pasa a ser el personaje. Se trata de encontrar ¿dónde está el límite? ¿dónde está el cambio?
- La utilidad del personaje: le ayuda, le coloca en un lugar más cómodo, le ofrece una historia, "una personalidad".
- En el relato audiovisual es él mismo en su intento de comprender.

- Posibilidad de trabajar la sensación de peso, de demasiada carga, a través del proceso creativo y en relación con las propias vivencias.
- Búsqueda en relación con la perfección: tarea que le ocupa, que le da un lugar desde el que ser...
- Análisis del apoyo en otros relatos para la construcción del propio: el psicológico, el japonés,...
- Búsqueda de un relato alternativo al relato verbal: lo que se dice, cómo lo incorpora ajustándolo a su relato.

❖ **Adolescente 5**

Perfil descriptivo del caso:

Hombre de 14 años. Ingresado con diagnóstico de síndrome de asperger que presenta dudas al equipo.

Sus intereses son claros: la consola, la filantropía, el bien de la tierra y la vivencia en comunidad.

Es muy pobre socialmente, hasta el punto de interpretar los sentimientos como “de manual”, como algo aprendido con lo que no hay conexión ni vivencia emocional. Aunque su intercambio verbal es también pobre, el grupo le acepta bien. Cuando algún compañero intenta aconsejarle, éste se agobia, no soporta que le den consejos.

En el contexto familiar, la madre se muestra muy sobreprotectora, hasta el punto en que frustra los planes de autonomía.

Buena capacidad de vinculación.

Desde arteterapia:

- Explorar las relaciones interpersonales desde la creatividad.

- Favorecer la conciencia de sí mismo que le permita comenzar a manejarse en el grupo.
- Trabajar el vínculo con la arteterapeutas como vía de acceso al espacio arteterapéutico grupal.
- Indagar en los aspectos de la propia personalidad (¿de dónde viene lo de humano-máquina?)

Valoración del proceso:

En la primera sesión no está, se incorpora en la siguiente. En esa sesión se desarrolla una dinámica grupal en la que no participa. Al inicio dice no entender qué es lo que ha de hacer en la dinámica, pero cuando encuentra qué hacer no es capaz de incorporarse con el resto y se queda aparte, le hacen hueco pero él no quiere entrar. Finalmente en esta parte no hace nada.

En la segunda hace un trabajo escrito del cual no quiere hablar en el cierre. Escribe: "Guerra, guerra y guerra, el ser humano se cree todo poderoso cuando es peor que un cáncer, se destruye a sí mismo y la vida, destruye lo que se le ha otorgado y diseña errores tecnológicos, no para expandir la vida, sino para destruirla, se cree eterno cuando sigue siendo un animal. Asume demasiado dolor y acabará lo que ha llevado billones de años construirse, pero el ser humano tiene esperanza, pero solo colaborando, construyendo y no destruyendo alcanzará la salvación y será dueño de las estrellas y de más, mucho más, yo nunca me familiarizaré con los humanos y creo que nunca lo conseguiré pero luchare por la salvación de la humanidad hasta la muerte."

Del otro lado dibuja una síntesis humano-máquina, junto con una rueda. Remite al discurso escrito, que dentro de lo fantasioso/simbólico del contenido, presenta estructura.

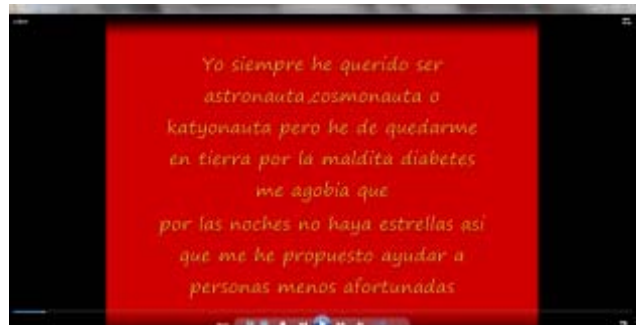


Figura 8-39. (2012) Primera sesión, trabajo individual.

Poco a poco comienza a evolucionar los personajes, a través de los cuáles entra en diálogo con la realidad. Dice que es lo que más le gusta, también el campo y los paisajes. Sin embargo, pasa el tiempo jugando a videojuegos, de ellos lo que más le gusta es crear.

De nuevo, como en diferentes casos anteriores, lo simbólico puebla la fantasía y constituye un camino para la comunicación con la arteterapeuta, a través de la obra.

En la narrativa audiovisual construyó una historia repleta de personajes con capacidades y tareas, pero termina por fijarse a través de la cámara en pequeños detalles como una grieta en la pared, en los que no todos y todas se fijan. La titula “historia de un soñador”.

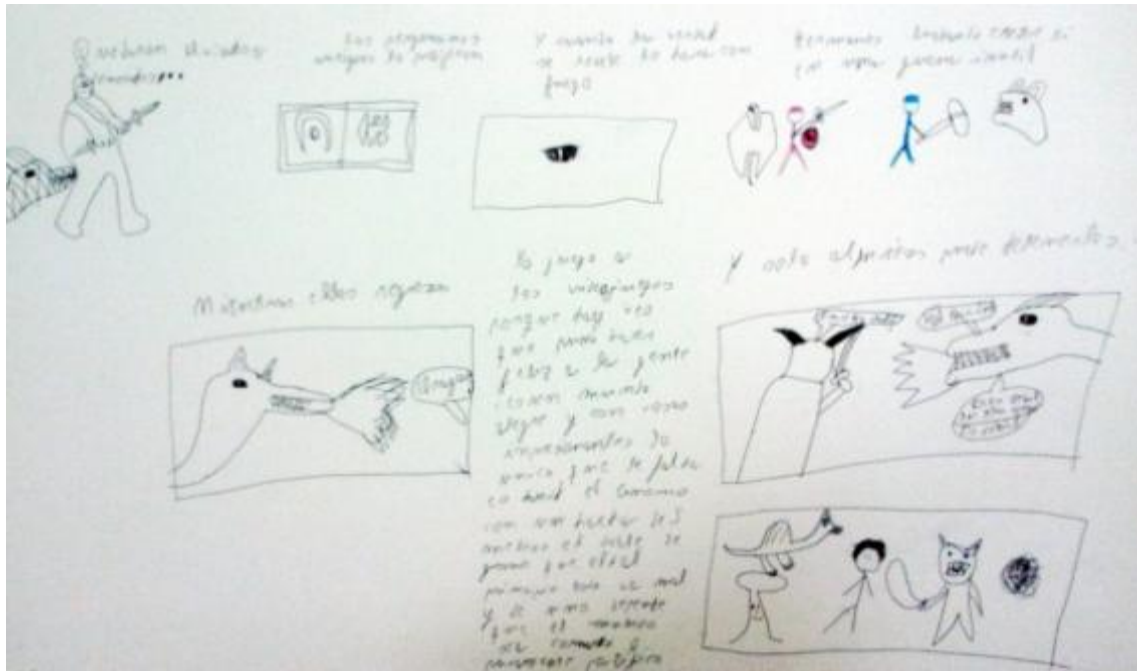


Figuras 8-40, 8-41, 8-42, 8-43, 8-44.
(2012) Narrativa audiovisual. Historia de un soñador.

De sus relatos pueden extraerse ideas sobre la concepción del mundo que se ha ido forjando. Por ejemplo, los guardianes presentes en sus obras cuidan (sobre el cuidado señala que a él le protege su madre y él puede ganar autonomía para protegerse a sí mismo) y a él a su vez le gusta proteger a los animales indefensos; es como un hobbit porque aunque es pequeño tiene gran valor.

La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico:
Experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

Figuras 8-45 y 8-46. (2012)
"Yo rodeado de mis
fantasías".

❖ **Adolescentes 6**

Perfil descriptivo del caso:

Mujer de 17 años. Llega al centro con un diagnóstico de psicosis, y que tras la valoración en el hospital parece obedecer a una psicosis disociativa con rasgos histriónicos. Muestra una tendencia a la disociación y desde ahí, al descontrol emocional.

De su contexto familiar se sabe que la madre proviene del ámbito rural, y se maneja desde una posición de suspicacia y paranoide. La historia es desconocida, en general su mundo lo es y no tiene proyectos de futuro.

Aunque refiere y muestra poca autonomía en la vida, en el centro muestra seguridad y un buen manejo. El grupo la ve estable y capaz.

Está trabajando la ansiedad que le produce asimilar las dificultades de la madre, aún sin plena conciencia. Se está colocando y esto le produce mucha rabia.

Desde arteterapia:

- Favorecer el contacto consigo misma, priorizando con el trabajo de introspección.
- Favorecer relaciones alternativas dentro del grupo que ofrezcan nuevas posibilidades de relación.
- Explorar l

Valoración del proceso:

El primer día se muestra muy silenciosa, el segundo se va mostrando un poco segura. Se empieza a intuir su relación con el resto del grupo y las aficiones que le une a cada uno de ellos en concreto, el anime y el gore fundamentalmente.

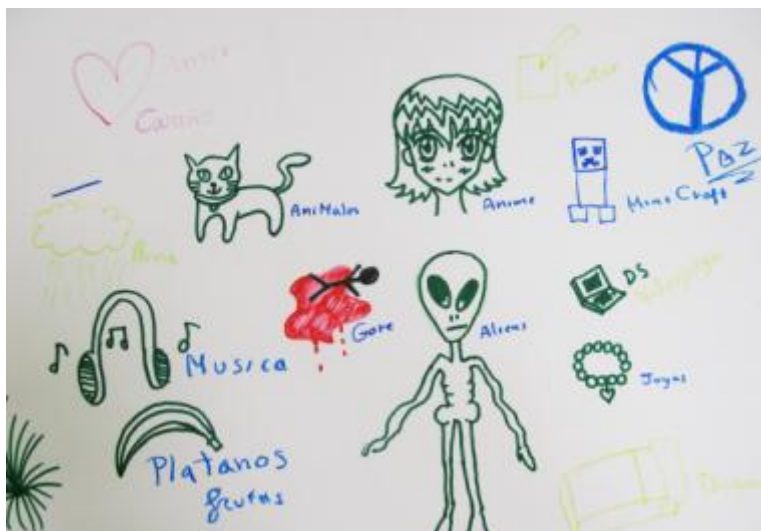


Figura 8-47. (2012) Sesión 2. Algo de mí misma.

En el trabajo audiovisual, organiza las imágenes de tal manera que constituyen un todo ya desde la toma fotográfica. Lo titula “La vida de...” y dice que “el relato soy yo”. Cada paso, cada imagen, son pensadas por ella a nivel simbólico:



Figura 8-48. (2012) Narrativa audiovisual.

1. Mi vida: el paso del tiempo. Los símbolos.
2. Todo queda al descubierto: los demás descubren lo que hay en tí. Tú misma lo descubres. De la decadencia...a la reconstrucción
3. Descubrió: más que una revelación, implica una acción propia. Toma de conciencia. Decisión de afrontarlo, trabajarlo.
4. Sol: la mejoría, las ganas de curarse, en relación con el esfuerzo propio, lo que es común a muchos otros.



Figura 8-49. (2012) Todo quemado.

Posteriormente trabaja sobre la necesidad de ir más allá de los límites dados, explorándolos,...ante lo que se encuentra, quizás por miedo, incorpora los símbolos aprendidos. El futuro: quemado. Ella presente en los ojos, en las cosas que le gustan y a través de las que nos muestra parte de sí: el maquillaje,...



Figura 8-50. (2012) Zoom al sol: el paraíso.

En la última sesión trabaja “Zoom al sol: el paraíso”. Trabaja mucho más conectada en el proceso, en sí misma, lo que le hace sentirse bien. Comenta que el título de la obra aparece camuflado. Por un lado, el derecho a expresar e interpretar, con las manos, con el movimiento. Del revés, su fobia, los payasos. Como teniendo que observar dos partes, la que primero se muestra y la que tarda en mostrarse.

Conclusiones:

- En ella se repite la idea de ausencia de futuro, en relación con la humanidad, siempre arrasada, ardiendo.
- “El relato soy yo”, lo vive y lo construye hablando desde sí, buscando un lugar desde el que mostrarse. Se mece en un juego de conexión → desconexión, como una forma de huida. Pero siempre lo retoma en el cierre, al retomarlo en el vídeo, etc.

- Construye el relato audiovisual como un mensaje a descifrar, al igual que algunas de sus obras.
- Desde el inicio muestra una simbología propia: la sangre y la cultura gótica dan paso a la desolación, la destrucción, la decadencia,... y de ella al paraíso. Dicha simbología da paso a un relato polarizado, extremo. ¿dónde queda ella? Aparece en sus propias respuestas *“no parece un paraíso...”*
- Libertad: entendida como el derecho de hacer lo que se quiera, de que el otro interprete lo que quiera,... Da paso a trabajo de menor profundidad, como escondiéndose.

❖ **Adolescentes 7**

Perfil descriptivo del caso:

Hombre de 14 años, adoptado de origen ruso. Llega al centro con un diagnóstico asociado a una aceptación camuflada de su adopción, que de fondo no acepta en relación con su familia y sintiéndose un ser fallido.

En su manejo se muestra muy histriónico, con constantes llamadas de atención, buenas y malas, aunque menos desde el conflicto desde que está en el centro.

Una de esas “llamadas de atención” tiene que ver con colocarse en diferentes identidades (vegetariano, etc.) de forma que trata de resaltar lo que le diferencia.

Ante el enfado: trata desde la infravaloración: culebrón venezolano. Luego se le pasa. Es muy florido y llamativo. Se arrepiente y asume la culpa.

Dificultad con los primos naturales, padres muy mayores.

Desde arteterapia:

- Acompañar el relato de sí mismo desde otros elementos, utilizando otras técnicas y posibilitando otros procesos.

- Favorecer otras relaciones en el grupo que le permitan explorar nuevos aspectos de sí mismo.
- Esclarecer el discurso, hasta encontrar donde se sitúa él.
- Trabajar el vínculo desde la construcción y no desde el conflicto.

Valoración del proceso:

Realiza un enorme despliegue de elementos sangrientos para llamar la atención de todos. Pregunta si el resto le ha gustado lo que ha hecho. Se recrea en su encuentro con una compañera con la que comparte los gustos por el gore, esto les hace especiales (nadie puede comprender esta afición, pero es porque no la entienden), les coloca en un nivel en el que se sienten superiores al resto.



Figura 8-51. (2012)
Primera sesión. La red y
yo mismo.

Si se le lleva hacia un discurso que relativice lo que hace empieza a disminuir el nivel, solo le gusta el cine... hasta cambiar de tema, ahora es budista, vegetariano, etc.



Figura 8-52. (2012) Narrativa audiovisual.



Figura 8-53. (2012) Últimas obras. Acompañado el proceso se abre a nuevas experiencias.

Conclusiones:

- Él mismo describe como son sus reacciones ante las cosas que quiere o no logra. Todas sus imágenes violentas intentan simbolizar su estado de rabia y enfado constantes donde gráficamente indica que *“mataría a todos”*.
- Está realizando un esfuerzo grande por mostrar otras facetas propias. A través del trabajo se ha reforzado la idea de que ese no es el mejor final, a esto él lo titula *“apúntate al cambio”*.
- Se encuentra muy influenciado por la idea de agradara una de las compañeras, la única que le acompaña en su lenguaje. En las sesiones en las que ella no ha estado, se han logrado lo mayores cambios y reflexiones personales.

8.3.1 Conclusiones de la Etnografía 2.

Algunas valoraciones del proceso grupal:

En general, el grupo evoluciona hacia un clima de confianza, de trabajo en profundidad, de escucha y de respeto mutuo, algo que una de las adolescentes, al incorporarse tras unas sesiones de ausencia por ingreso, pudo percibir y rescatar en la sesión.

Las aparentes resistencias iniciales se disipan, dando paso a diferentes ritmos de trabajo (en función de capacidades, intereses, necesidades, perfiles, etc.). En algunos de ellos esos ritmos oscilan entre el deseo de libertad, en el sentido de hacer lo que quieran, y la dificultad para confrontarse con la realidad de tomar esas decisiones, de hacerse cargo de sí mismos, de ocuparse y hacerse presentes en la acción creadora. En otros casos, aluden a “temas” de referencia, en relación al trabajo que realizan en otros espacios terapéuticos, en mayor o menor profundidad, y a los que dan continuidad desde el arteterapia. Este aspecto es valorado positivamente por el propio grupo y son rescatados en positivo para esta investigación, en la línea de un abordaje integral en continuidad que disipe las fronteras entre las disciplinas y potencie el alcance global del tratamiento. Sin embargo, la decisión del equipo fue de no continuar con el proyecto, lo que finalizó aquellos procesos personales incluso antes de poder ser adecuadamente desarrollados.

Es en la confrontación con las propuestas de trabajo fotográfico y audiovisual donde surgieron las mayores posibilidades para el trabajo a un nivel más profundo. El trabajo con la fotografía favoreció el anclaje del grupo al taller, pues es este un lenguaje que les otorga protagonismo de acción y decisión, seguido del formato de relato audiovisual que incorporó: introspección, estructuración, temporalidad, conexión propia con la obra y mirada interna-externa sobre ellos mismos en relación con los otros.

Posteriormente, se potenció la idea del zoom sobre el propio relato, como un intento de profundización más allá de lo evidente, que además añade la posibilidad de concentrar, de llevar una mirada más profunda hacia sí mismos. No todos respondieron a esta pauta: algunos de ellos en mayor medida y otros de

forma más superficial, aunque todos ellos brindando contenidos personales al proceso elaborativo arteterapéutico.

El número de participantes benefició un abordaje a nivel individual en un contexto grupal, potenciándose las relaciones de escucha y respeto mutuo. Las interrelaciones siguieron dándose desde su forma preexistente aunque se pone de manifiesto la independencia necesaria para tomar una posición más propia.

En cuanto a los cierres, los chicos entendieron el espacio de cierre, pero a menudo se vio disipada su intensidad por la presencia de la terapeuta de referencia, lo que distorsionaba el alcance terapéutico del espacio en sí, dado que no era una presencia en el rol de co-terapeuta asumida por el grupo, sino que acudía a los cierres, no que a menudo era percibido como una sensación de control.

En el cierre final, a pesar de que parecen algo pegados a la idea de medir sus respuestas, de las consecuencias que estas puedan tener, se muestran abiertos, dando evidentes muestras de haber comprendido el espacio de arteterapia como un espacio de confianza y de elaboración personal de las propias dificultades.

Algunas valoraciones del proceso grupal

Para ampliar y concretar las conclusiones de esta experiencia, repasaremos aquellas recogidas en la Etnografía 1, que se mantuvieron o reforzaron en esta experiencia para completarlas con aquellas que se establecieron como nuevas conclusiones. Estas son:

- El proceso de vinculación necesario no se da de forma satisfactoria en todos los casos, en parte por el conocimiento de ser un taller que dura solo los meses de verano. A ello se suma el hecho de que el periodo estival solía estar cubierto por actividades juveniles, de ocio, etc. que las arteterapeutas pasaron a cubrir.
- La realidad de la experiencia arteterapéutica se construye a través de relaciones. Si el vínculo con la arteterapeuta es fuerte, este abre posibilidades de cambio para la persona, que le llevan a transformación

de sí misma hacia algo más fuerte, más consciente, más capaz y más positivo. Por el contrario, si el vínculo aún no está fortalecido, se corre el riesgo de forzar los objetivos y procesos al interés y ritmo de la arteterapeuta, sin respetar el ritmo natural de la relación arteterapéutica marcado por la persona. Tal proceso no pudo desarrollarse con normalidad por las circunstancias señaladas.

- Hay algunos elementos que son comunes a todos los perfiles y que ya se observaron en el desarrollo de la Etnografía 1: pérdida emocional, empobrecimiento social, desajuste académico, desestructuración familiar, a los que añadimos desmotivación hacia el cambio y falta de conciencia de las propias dificultades, incluida la conciencia de salud-enfermedad. Parecen cualidades o rasgos propios de los perfiles en salud mental infanto-juvenil e invitan a repensar la mirada y actitud con que trabajamos con ellos.
- Las conductas disruptivas y desajustadas se dan solo en determinados perfiles, generando evidentes situaciones conflictivas dentro del espacio arteterapéutico que son contenidas y resueltas dentro de este aunque a veces implican la salida fuera de la sala por parte de la arteterapeuta, manteniéndose la arteterapeuta de apoyo dentro de esta.
- Aunque al inicio se perciben resistencias, tras algunas sesiones el trabajo realizado en arteterapia es valorado por los y las adolescentes como un espacio donde darse voz, ser escuchados y escuchar a los otros.
- De nuevo, se comprueba que el trabajo a partir de la imagen en sus diferentes dimensiones (temporales, espaciales, sonoras, visuales, etc.) favorece la reestructuración emocional, permitiendo un lenguaje nuevo a través del cual la parte saludable, de vida, de los pacientes, llega de nuevo a ellos y a todos los miembros presentes en la institución. A su vez, les permite la puesta en palabras de lo doloroso, de la dificultad, del malestar, poniéndolo fuera de sí a través de la obra e integrándolo de forma más amable a la narrativa de la propia vida.

- Se refuerza la idea de que en el trabajo con adolescentes, el abordaje de los sistemas y patrones de apego y las relaciones vinculares son temas de abordaje esencial. Junto a estos, la autoestima y la identidad, en búsqueda de futuras experiencias de éxito.
- El posicionamiento terapéutico ha de partir del entendimiento y acercamiento que hagamos a ellos y ellas como personas, tratando de minimizar la repercusión del estigma social presente en la enfermedad mental a tan temprana edad. Por ello, el adolescente es entendido como un ser humano en proceso de transición, de identificación personal y de cambio.¹⁸
- El establecimiento de límites dentro del espacio arteterapéutico, que ofrece un marco de acción desde la libertad entendida como capacidad para explorar, experimentar, decidir, a veces lo diferencia de otros espacios terapéuticos; dicho entendimiento de la libertad, incluso del desorden y el caos desde la creatividad y no desde la desorganización, es fundamental para el desarrollo de la estructuración psíquica personal.
- El proceso arteterapéutico será significativo para el o la adolescente, si le llega de forma que pueda entenderlo, de manera que se aborden sus necesidades de forma integral.
- La obra en arteterapia, se constituye como una nueva versión del sí mismo que llega al resto de profesionales para amplificar la mirada que sobre él depositan y de él construyen, con el fin último de acompañarle en su proceso de mejora y cambio personal.
- El espacio en arteterapia aparece, se queda, no es etiquetable, permanece. Es un espacio que permite el error y el juego, la incertidumbre, la fantasía, el dolor, la herida y la mejora. Es un *espacio potencial*.

¹⁸ Recuperado de Etnografía 1

- Es necesario reajustar los objetivos constantemente en función de la evolución, tomándolos cada vez como nuevo punto de partida para el proceso, adaptando las posibilidades de la persona al momento del proceso en que se encuentra.
- La necesidad de conocimiento de un perfil claro e individualizado de los pacientes, no siempre compartida por los profesionales en igualdad de acceso y condiciones, es fundamental para el ajuste del tratamiento integral.
- En el caso de diferentes profesionales en el espacio arteterapéutico es fundamental esclarecer los roles entre ambos agentes y de cara a las personas con las que trabajamos, no solo para evitar duplicidades e interferencias, sino sobre todo para favorecer el máximo alcance de la intervención de la que pueden servirse fundamentalmente los y las pacientes. Por un lado, amplía las posibilidades vinculares a partir de las múltiples relaciones que se establecen. Por otro, favorece la diversificación de maneras de abordar un posible conflicto o situación, asimilando las diferentes posiciones, versiones, de una realidad.
- Los límites y diferencias entre el abordaje desde las diferentes disciplinas ha de estar claro, permitiendo puntos de encuentro entre ellas y entendiendo las posibles disonancias no solo como puntos de distancia, sino como puntos/objetivos sobre los que trabajar y diseñar la intervención.
- A menudo, se generan dificultades para comprender las diferencias entre algunas disciplinas. Históricamente, disciplinas como la terapia ocupacional o aquellas actividades en el espacio terapéutico relacionadas con la psicoeducación, las habilidades para la vida, etc., suelen clasificarse erróneamente en un espacio indiferenciado, en el que se incluye el arteterapia, desconociendo los límites y diferencias entre ellas y a veces incluso entendiendo que estas se solapan, se restan o entran en incompatibilidad. Tal fue así percibido en la experiencia y es

considerado un error conceptual de base a efectos de esta investigación, que resta potencial a cada una de ellas.

- La presencia de la terapeuta de referencia en el espacio arteterapéutico únicamente en los cierres dificultó la vinculación con el grupo que expresaba una cierta sensación de tener que “medir sus palabras” por la posible implicación que de ellas se pudiera derivar. No significa esto que el vínculo con la terapeuta no fuera consistente y adaptativo, todo lo contrario, pero tal presencia modificó el curso normal de vinculación interpersonal entre los pacientes y las arteterapeutas, cuya figura permanecía y quedó desdibujada.
- El arteterapia aporta una visión de los pacientes, diferenciada y alternativa a la del resto de las disciplinas presentes en el equipo terapéutico que merece la pena validar y diferenciar. Dicho proceso ha de acompañarse del consecuente proceso de vinculación personal/profesional de los miembros del equipo, compartiendo reuniones, supervisiones y posibles sesiones clínicas que les permitan recorrer juntos los caminos hacia el entendimiento y mejor comprensión de los y las pacientes.
- El diseño de modelos de registro (anexo VI) en tablas de doble entrada, con indicadores de tipo y de valor, que permitan la evaluación y análisis cuantitativo de los datos, y el diseño de escalas en arteterapia, abre un debate sobre su pertinencia o no, y el modo en que han de desarrollarse. En la experiencia descrita el modelo de registro fue considerado extremadamente largo y complejo por las arteterapeutas de apoyo que colaboraron con la investigadora en el proyecto, lo que hizo a esta cuestionarlo y debilitó su uso haciéndolo inviable para el formato y frecuencia de sesiones descrito en la experiencia.

Algunas valoraciones al cierre del proyecto

De igual manera que en la Etnografía 1, de la finalización y cierre del grupo de arteterapia coincidiendo con el final del verano, se concluye que la disolución

prematura del mismo, y con ello, la dificultad en la continuidad de la intervención, que dificulta la evaluación de la consecución de los objetivos generales y específicos de manera estable a medio-largo plazo.

En la presente etnografía incluso, al ser una experiencia de solo 9 semanas, los y las pacientes no pudieron desarrollar un vínculo estable con las arteterapeutas y el espacio, ni profundizar en sus propios procesos personales que sí llegaron a iniciarse. Valorando la experiencia desde el ahora la investigadora considera que los proyectos arteterapéuticos han de permitir el adecuados desarrollo de los procesos personales, para lo que sería deseable contar con el elemento tiempo-continuidad como un indicador de buen pronóstico en la evolución de los casos individuales.

La presencia de una arteterapeuta de apoyo en proceso de formación, refuerza la mirada y escucha circulares ya descrita en la etnografía 1, lo que hace necesaria la supervisión constante no solo de los procesos de los pacientes sino de la propia relación de co-terapia que se da como parte del espacio.

Los llamados desafíos del encuadre en la etnografía 1, lo ponen a prueba el debiendo ser constantemente revisados. Este ejercicio de revisión y re-evaluación lo fortalece y define en mayor medida. En este caso, si bien aquellos aspectos relativos a las interrupciones en los cierres, la presencia percibida como vigilante sobre todo en las primeras etapas, el espacio no preparado, ni específico, las incorporaciones y altas inesperadas, la heterogeneidad de las edades en un grupo demasiado numeroso y las dificultades específicas en los medios tecnológicos, pudieron ser revisadas y ajustadas en una fase previa de diseño del proyecto, fruto de la evaluación del proceso descrito en la etnografía 1, minimizando el riesgo de que volvieran a producirse; en este caso, la presencia de una terapeuta referente del grupo en el resto de espacios y tiempos terapéuticos pasó a ser un nuevo elemento desafiante.

A este se sumó la percepción de que aquello que el arteterapia aporta a la intervención integral con los pacientes podía ser realizado o aportado por otros y otros profesionales miembros estables del equipo terapéutico. Este último fue sin duda el elemento decisivo para la valoración de no continuidad del proyecto, lo

que no pudo trabajarse ni supervisarse como parte del propio trabajo en equipo, en un fase posterior como hubiera sido deseable.

Por lo descrito anteriormente y aún a pesar de las valoraciones positivas por parte de los y las adolescentes, así como de una parte (menor de la mitad) del equipo terapéutico, la decisión por parte del mismo fue la no continuidad del mismo al finalizar el periodo estival de prueba. De nuevo, la presencia de las arteterapeutas fue percibida y sentida por parte de algunos de los y las profesionales, como amenazante para su propia posición dentro de la institución, tal y como pudo reflexionarse en la reunión final en la que se mostró el desarrollo del taller en esas primeras fases y las propuestas de continuidad para el trabajo con los y las chicas por parte de las arteterapeutas: redefinición y ajuste de objetivos terapéuticos específicos.

Este aspecto, además de ser un elemento e indicador específico en lo relativo a esta investigación, resultó estimulante para la misma al decidirse en paralelo la continuidad del proyecto de arteterapia con los menores de la misma institución, que comparten algunos de los profesionales del equipo en su intervención (terapeuta ocupacional, monitor/educador y enfermero) con el grupo de adolescentes, y cuya valoración hacia el mismo, en algunos de los profesionales, no había sido positiva en la continuidad de trabajo con estos.

La arteterapeuta investigadora tuvo la oportunidad de recoger estas observaciones además de en la reunión final del proyecto de la etnografía 2, en conversaciones mantenidas aproximadamente tres años después, tanto con la entidad gestora como posteriormente, en la solicitud de las entrevistas a los profesionales, a incluir en el marco empírico de esta investigación. Aquella a realizar a los profesionales de la etnografía 2 se ajustó a menos preguntas, haciéndolas específicas de lo relativo al proceso vivido en el desarrollo de la misma.

Para el desarrollo de estas entrevistas se solicitó al/la psiquiatra coordinador/a del equipo la articulación y petición de las entrevistas. Por diferentes motivos (falta de tiempo, extensión excesivamente larga, etc.) los

profesionales compartidos por ambos equipos terapéuticos (adolescentes e infantil) no enviaron las respuestas. Igualmente, la petición de las mismas al equipo terapéutico de la etnografía 2 no llegó a tener lugar por lo que no pudieron tomarse en consideración aspectos específicos sobre la experiencia vivida por ellos y ellas y que hubieran resultado significativas para el curso de esta tesis.

8.4 Etnografía 3:

Arteterapia en el Hospital de día San Agustín de Leganés: experiencia en el área infanto juvenil, una experiencia de continuidad.

➤ **Introducción**

La presente etnografía recoge la experiencia de intervención desde el Arteterapia en el contexto clínico de un Hospital de Día de Salud Mental Infanto Juvenil, concertado con la Comunidad de Madrid.¹⁹

➤ **Antecedentes**

El arteterapia se oferta como vía de intervención en el área Infanto-Juvenil del Hospital de Día Centro Educativo Terapéutico(HdD-CET)San Agustín, en julio de 2012, por demanda del propio equipo terapéutico del hospital de día, a través de la psiquiatra coordinadora del área infantil, quién ya había sido partícipe del proyecto descrito en la Etnografía 1 y que tras su traslado de hospital, decide contactar con la entidad organizadora del proyecto para la valoración de un nuevo proyecto de arteterapia en el actual centro.

El primer contacto se realiza con anterioridad a esa fecha, entre la coordinadora general por parte de la asociación y la entidad gestora del hospital, y tras ello, se realiza una reunión de presentación del proyecto a la que asisten la coordinadora general, la arteterapeuta coordinadora del proyecto de arteterapia en el Hospital de Día de San Agustín (la propia investigadora), el responsable

¹⁹ El Hospital de Día Psiquiátrico San Agustín de Leganés. Proyecto desarrollado en convenio de intervención e investigación con la asociación Argos Arte en Acción y la empresa gestora.

gestor del Hospital de Día y los profesionales que componen los equipos interdisciplinarios para las áreas de infantil y adolescentes.

La propuesta es acogida positivamente y se establece un periodo inicial de tres meses de prueba, tras el cual, se valora la incorporación o no del programa en ambas áreas.

El proyecto se desarrolla²⁰ bajo la coordinación de la investigadora en el área de infantil durante los meses de julio y agosto, dividiéndose el trabajo en dos grupos, uno de 5 a 8 años, a cargo de la arteterapeuta Esther Carmona Pastor y otro de 9 a 14 años, a cargo de Ana Serrano Navarro. Acompaña la figura de dos arteterapeutas de apoyo, una en cada grupo.

Se establece la naturaleza terapéutica del espacio, diferenciándolo así de otras ofertas desde el ocio que solían plantearse en la institución en épocas estivales hasta el momento.

Para su puesta en marcha se desarrolló una reunión con el equipo de infantil en la que se revisaron los perfiles de los niños y niñas, así como algunos objetivos de partida a abordar de forma complementaria al abordaje integral desde arteterapia.

Se redactó un documento informativo para las familias así como un certificado para la toma de imágenes especificando su uso, por un lado el específico con fines propios del trabajo arteterapéutico, y por otro, con fines divulgativos, académicos y científicos, como lo es la presente tesis, dado que el proyecto se establece en convenio de intervención e investigación.

Se decidió comenzar el trabajo con dos grupos de los tres que configuran el área. Tras la evaluación positiva para la ampliación y continuidad del proyecto, se decidió mantener esta estructura. Un año después, se integra el tercer grupo del que la investigadora es arteterapeuta responsable. En la actualidad, se mantiene el trabajo con los tres grupos, siendo la investigadora la arteterapeuta responsable de

²⁰ Arteterapeuta coordinadora y referente del grupo de 9 a 14: Ana Serrano Navarro. Arteterapeuta de referente del grupo de 5 a 8: Esther Carmona Pastor. Arteterapeutas de apoyo: Carolina Peral Jiménez (grupo de 9 a 14) y Patricia Villamarín Cascante (grupo de 5 a 8).

dos de ellos y coordinadora general del proyecto, ciñéndose la descripción de esta Etnografía a esos dos grupos a los que en adelante nos referiremos como grupos B y C.

Se establece un convenio de colaboración con la Universidad Complutense de Madrid y el Instituto Superior de Estudios Psicológicos de Madrid por el que son acogidas alumnas en formación de los Másteres de Arteterapia y Terapias Artísticas, apoyando así la formación integral de su alumnado desde el contacto con arteterapeutas en la práctica clínica.

➤ **Marco institucional**

El proyecto se desarrolla en un Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico concertado con la Comunidad de Madrid. Es un recurso de hospitalización parcial de tipo ambulatorio que ofrece una atención integral e intensiva a pacientes con trastornos mentales graves.

Como recurso terapéutico ofrece por un lado continuidad a los tratamientos ambulatorios de los Servicios de Salud Mental de la zona, y por otro, constituye una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, lo que para los y las pacientes supone un riesgo mayor de exclusión del medio familiar y social en las etapas del desarrollo infanto-juveniles, donde el tiempo y la gravedad juegan en contra del desarrollo del niño/adolescente repercutiendo en todas las áreas de su vida: emocional, familiar, social, cognitiva, etc.

Al contar con un equipo interdisciplinar que permite el desarrollo de un proceso terapéutico global, se abordan de manera integral los múltiples factores que puedan haber contribuido tanto en la génesis como en el mantenimiento de los trastornos mentales graves, desde la convivencia e interacción de diferentes modelos, disciplinas y orientaciones en el abordaje grupo/subgrupo/individuo.

La retirada parcial de la escolarización normalizada permite una intervención intensiva en pro de un cambio en los procesos psicopatológicos de los

y las pacientes, reincorporándose después a la escuela, bajo la supervisión del equipo terapéutico en el proceso.

Otro de los elementos claves es la actuación intensiva sobre las dinámicas familiares, tanto por el trabajo específico con las familias como por la implicación que supone a las mismas la estructura de trabajo del HdD – CET, así como en la comprensión del síntoma o trastorno.

Se basa en los principios de Comunidad Terapéutica, siendo el ambiente estructurado el que aporta una variedad de interrelaciones e interacciones emocionales satisfactorias que generan nuevas experiencias y aprendizajes, así como el desarrollo de competencias personales y sociales. “La figura del Terapeuta referente se ofrece para permitir la evolución del desarrollo ahí donde se detuvo dando una función de contención emocional, de comprensión y elaboración de conflictos y de reconstrucción”. (Bockler, 2010, p. 3)

➤ **Concepción del trabajo terapéutico/arteterapéutico**

Tal y como se desprende de la Etnografía 2, al ser el mismo contexto institucional, se confirma que el Hospital de Día se entiende como un entramado relacional que ofrece a los niños y niñas la posibilidad de confrontar nuevas situaciones que habrán de poner en juego sus capacidades y recursos personales para resolverlas e integrarlas, desde la comprensión de la globalidad de su personalidad. Por ello resulta fundamental el entendimiento del abordaje integral que se lleva a cabo por parte del equipo interdisciplinar.

En el contexto específico de la salud mental infanto juvenil se sostiene para esta investigación que el arteterapia es una disciplina terapéutica que se sirve de la creación artística a través de los diferentes lenguajes artístico-plásticos (pintura, fotografía, escultura, escritura, dramatización, movimiento, etc.), para facilitar la expresión e integración emocional de las vivencias, dificultades y conflictos, acompañando a las personas en un proceso de mejora y cambio, que ahonde en su bienestar integral y su salud, permeando a todas las parcelas de su vida. Dicho proceso ha de darse en el marco de una relación vincular terapéutica y en la

contención de un encuadre adecuado. El posicionamiento del y la arteterapeuta condicionará la mirada que ofrece y deposita hacia la persona, desde la salud residual, la capacidad, la creatividad y el potencial personales.

Al igual que en la anterior, se establece un periodo inicial de prueba en el que el foco se puso en el desarrollo vincular de la relación con las arteterapeutas y el espacio, así como el acercamiento a las técnicas artístico-plásticas, los materiales y los procesos, desde una posición del ser creador, alejada de los aspectos más educacionales de la disciplina, a los que el grupo estaba acostumbrado. Facilita el desarrollo, expresión e integración emocionales en un espacio de contención y seguridad, fortalecimiento así las capacidades individuales y ahondando en el autoconocimiento, el autoconcepto y la autoestima.

Crear en el espacio arteterapéutico supone una puesta en acción de la capacidad creadora de los pacientes, posibilitando vías alternativas para la expresión y simbolización personal en relación e interacción con los otros, favoreciendo así la intersubjetividad como marco contendor de desarrollo.

Este proceso ayuda en la integración de las experiencias de vida en relación con los aspectos saludables más allá de las patologías personales, aumentando a su vez la conciencia de “malestar-bienestar” en el sentido de entendimiento de la propia situación de vida, como experiencia y proceso de posibilidad, crecimiento y cambio.

La intervención desde el arteterapia pretende posibilitar una vía comunicacional alternativa sobre todo en aquellos casos de mayor gravedad, en los que el registro verbal de la experiencia resulta especialmente difícil, generando un espacio de conocimiento compartido de sí mismos y de los demás a través de la experiencia de creación y los procesos que activa.

En la articulación con el equipo interdisciplinar pretende actuar sobre el cuadro clínico del paciente buscando estabilidad, mejoría y/o remisión de la sintomatología; sobre el entorno familiar y social, promoviendo una actitud contenedora y estabilizadora y por tanto, favoreciendo la reinserción a estos

niveles; y sobre las secuelas del proceso patológico, favoreciendo la calidad de vida y la disminución del sufrimiento.

➤ **Encuadre**

El proyecto se desarrolla durante la primera fase (dos primeros meses) en cuatro sesiones semanales de 1 hora y cuarto de duración, los lunes, martes, miércoles y jueves, de 10.00h a 11.15h.

Posteriormente, se revisa la frecuencia y duración de las sesiones que pasan a ser semanales de 1 hora y media de duración para cada grupo, en horario simultáneo.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
9:15 - 10:00	SALA Edith	H. SOCIALES Irma	ARTETERAPIA Ana-Paula	TALLER NOTICIAS Lulami
10:00 - 10:15	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
10:15 - 11:00	SALA Lucía	PSICOMOTRICIDAD Lulami	DEPORTIVO Irma	TALLER SALUD Sara
11:00 - 11:30	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO
11:30 - 12:30	DOCENCIA	DOCENCIA	DOCENCIA	DOCENCIA
13:30 - 14:15	S. COMUNITARIO	TERAPIA GRUPO Cely-Lulami	S. COMUNITARIO	TALLER Ronda
14:15 - 15:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA

	LUNES 8	MARTES 9	MIÉRCOLES 10	JUEVES 11	VIERNES 12
9:15	9:15- 10:00h	9:15- 10:00h	9:15- 10:00h	9:15- 10:00h	9:15- 10:00h
10:00- 10:15	TERAPIA DE GRUPO	DEPORTIVO	ARTES-TERAPIA	TALLER	TALLER TEATRO
10:15- 10:30	GRUPO COMUNITARIO	TERAPIA SALUD	PSICOMOTRICIDAD	GRUPO COMUNITARIO	TERAPIA JUEGO
11:00- 11:30	DESCANSO (Lulami)	DESCANSO (Lulami)	DESCANSO (Lulami)	DESCANSO (Lulami)	DESCANSO (Lulami)
	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN	REPOSICIÓN
12:00- 13:00	DOCENCIA	DOCENCIA	DOCENCIA	DOCENCIA	DOCENCIA
14:00- 15:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA

Figuras 8-54 y 8-55. (2012) Horario HdD 2013/14 y 2014/15.

El encuadre se revisa a su vez en los periodos estivales, en los que muchos de los niños y niñas no asisten al centro por permanecer con sus familias de vacaciones. Para quién sí asiste se diseñan desde el área de arteterapia proyectos específicos que responden a diferentes formatos y que suelen responder a un tema de interés, bien sea el trabajo conjunto, a partir de una propuesta, una temática o una necesidad. En el verano de 2014 se decide incluso unificar los tres grupos en uno para su interacción en el espacio conjunto de arteterapia, modificándose los roles y posiciones vinculares y favoreciendo así, nuevas dinámicas de interrelación.

La asistencia a arteterapia es obligatoria si bien en el espacio se acoge el deseo o no de crear, y por consiguiente, es entendido como parte del propio proceso. En ocasiones, se establecen límites a los pacientes limitando su asistencia

al centro de manera que se les niega la asistencia a algunas actividades terapéuticas, que paulatinamente son reincorporadas.

En esta ocasión se contó con una condición de inicio que dificultó el establecimiento de la posición y desarrollo vinculares: la presencia del terapeuta referente de cada grupo en el cierre de las sesiones de arteterapia, con el fin de acoger y sostener al grupo tras las sesiones de arteterapia y de cara a la continuidad de la mañana en el centro.

Tras el periodo de prueba se solicitó la retirada de esta figura de contención que resultaba innecesaria y dificultaba la correcta vinculación con las arteterapeutas, el espacio y los procesos arteterapéuticos, dado que el cierre quedaba atravesado por dinámicas de relación externas a lo acontecido en la sesión. El equipo compartió y entendió esta dificultad y se resolvió de manera acertada respetando el encuadre arteterapéutico de inicio a fin.

Las sesiones se estructuran en tres fases diferenciadas:

- Encuentro con el grupo, vinculación con el proceso (sesión anterior, semana,...), puesta en común de cómo estamos, cómo nos encontramos.
- Proceso de creación, desarrollo central de la sesión.
- Recogida y Cierre

➤ **Vinculación con el equipo**

Se ha descrito anteriormente la estructura del equipo de arteterapia que también sufrió modificaciones. Los referentes de los grupos se mantienen longitudinalmente, variando las personas de apoyo o en formación. De nuevo, la estructuración del equipo terapéutico es de tipo mixta y aún siendo el manejo efectivo de las dinámicas terapéuticas de naturaleza horizontal, permanece la figura de la coordinadora, rol desempeñado por la psicóloga clínica, y los y las terapeutas referentes, dos psicólogas clínicas y un educador.

Paulatinamente se sistematizan las formas de intercambio y comunicación con el equipo, estableciéndose reuniones de trabajo post sesión con uno o varios

de los referentes terapéuticos, pero en las primeras etapas, no con el equipo completo. Las arteterapeutas no participan durante esa época de las reuniones de equipo para el diseño y formulación de objetivos.

Posteriormente se solicita una mayor fluidez en la comunicación, para un mejor ajuste de las intervenciones desde arteterapia al trabajo conjunto realizado por el equipo. Si bien la posición “externa” de las arteterapeutas hace inviable su presencia en la dinámica de trabajo diaria del centro, así como en las supervisiones de equipo, poco a poco se establecen pautas de trabajo y coordinación como la elaboración de informes sobre el trabajo semanal que se envían a las arteterapeutas, información sobre las altas y las bajas con la suficiente antelación para desarrollar los cierres paulatinos de los procesos en arteterapia, el establecimiento de un calendario específico para las reuniones con las arteterapeutas tras las sesiones y las reuniones de coordinación trimestrales con todo el equipo.

Se inician en la última etapa (y más reciente según la fecha de presentación de esta investigación) intercambios de trabajo específico para la revisión de casos y presentación del trabajo realizado en arteterapia a congresos de psicoterapia y psiquiatría, a fin de dar valor y visibilidad al arteterapia como vía para el abordaje de las patologías mentales graves en la población infanto juvenil.

➤ **Comunicación y confidencialidad**

El límite entre ambos aspectos ha de ser consensuado y respetado en el seno del equipo terapéutico, que velará por el cumplimiento de las condiciones esenciales para el buen avance del trabajo terapéutico.

La comunicación relativa a las producciones artísticas no implica revelar cada detalle relativo a la obra, su contenido, etc., siendo prioritaria la comprensión del proceso del que es fruto y la dimensión emocional que ha podido tener en la persona.

Es la arteterapeuta responsable del proyecto la encargada de velar por los aspectos relativos a la comunicación y la confidencialidad. Todas las personas

colaboradoras en el proyecto firman un compromiso en el que declaran expresamente respetar estos aspectos.

A su vez, se informa a los y las usuarias y a sus familias, de la toma de imágenes y grabaciones para el uso interno del taller, y con fines específicos para la investigación y divulgación exclusivamente académica o científica²¹.

➤ **Importancia de la obra**

Si bien en muchos casos no es considerado necesario compartir o mostrar la obra, que no siempre está presente en la dinámica de intercambio y reflexión posterior sobre el taller, sin que esto impida la correcta valoración sobre las dinámicas acontecidas en el proceso arteterapéutico, se incluye en las reuniones de coordinación trimestral como elemento fundamental para la comprensión de los procesos y dinámicas, acompañados al resto de intervenciones para la evaluación del correcto devenir de dichos procesos.

➤ **Tipo de triangulación y análisis de datos**

El registro posterior a las sesiones es realizado de por la arteterapeuta responsable, de tipo cualitativo, narrativo y descriptivo, incorporándose el diseño de una tabla registro modelo que trata de implantarse en el taller de arteterapia para el posible diseño y análisis de escalas.

Dicho registro, no excluye la recogida de los datos de tipo cualitativo, narrativo y descriptivo, pero trata de organizarlos en función de indicadores y valores específicos relacionados con las mismas áreas ya descritas en la Etnografía 1 y que trasladamos al actual contexto:

- Aspectos comunicacionales, internos y externos
- Relación con la obra, con los materiales, con el espacio
- Relación con la arteterapeuta, dinámica vincular, dinámica transferencial
- Momento del proceso arteterapéutico y relación con el proceso vital
- Narrativa que se despliega
- Elaboración verbal

²¹ Recuperado de Etnografía 1

- Registro visual de las producciones

La supervisión externa es realizada periódicamente con la arteterapeuta coordinadora general del programa.

➤ **Diseño y reformulación de objetivos en las diferentes áreas**

Para el diseño de objetivos se tomaron en cuenta los objetivos generales planteados por el dispositivo asistencial y su naturaleza (a), articulados para dar respuesta individualizada e integral a los y las pacientes acorde desde el entendimiento del trabajo arteterapéutico (b). De esta manera, la intervención desde arteterapia se integra en el abordaje integral a los pacientes establecido por el equipo de trabajo (c). Quedan formulados en los siguientes epígrafes:

a) Entre los objetivos del tratamiento en el HD - CET se encuentran:

- La actuación sobre el cuadro clínico del paciente buscando estabilidad, mejoría y/o remisión de la sintomatología.
- La actuación sobre el entorno familiar y social del paciente, promoviendo una actitud contenedora y estabilizadora y por tanto, favoreciendo la reinserción a estos niveles.
- La actuación sobre las secuelas del proceso patológico, favoreciendo la calidad de vida y la disminución del sufrimiento.

b) Desde el arteterapia partimos, en relación con los anteriores, de los siguientes objetivos generales (que se encuadran la intervención individualizada y grupal sobre los pacientes):

- Facilitación del desarrollo y expresión emocionales en un espacio de contención y seguridad
- Desarrollo de la capacidad creativa y creadora de los pacientes, posibilitando vías alternativas para la expresión y simbolización personal en relación e interacción con los otros, favoreciendo así la intersubjetividad como marco contenedor de desarrollo.
- Fortalecimiento de las capacidades individuales, ahondando en el autoconocimiento, el autoconcepto y la mejora personal.

- Desarrollo y afianzamiento de la estructuración autoidentitaria y personal.
- Integración de las experiencias de vida en relación con los aspectos saludables más allá de las patologías personales, aumentando a su vez la conciencia de “malestar-bienestar” en el sentido de entendimiento de la propia situación de vida, como experiencia y proceso de posibilidad, crecimiento y cambio.

c) Objetivos específicos ajustados y reformulados en función de cada paciente, como para la intervención en arteterapia:

- Favorecer el desarrollo vincular en relación con el terapeuta y con los otros pacientes como ensayo a su vez para la integración social y familiar.
- Favorecer procesos creativos personales en el amplio espectro de la palabra (de la obra, de las relaciones, de los proyectos,...).
- Atender, a través del proceso creativo, a aspectos individuales en relación con la patología.

➤ **Metodología de intervención**

Basándose en los principios metodológicos del arteterapia descritos en el apartado de elementos generales, se diseña la intervención con los chicos y chicas. El trabajo es no directivo si bien se priorizan las necesidades personales que marcan los objetivos específicos en cada caso. Esto puede conllevar el diseño de propuestas, el trabajo a partir de temáticas referenciales o emergentes y el planteamiento de proyectos creativos en continuidad.

- Sesiones semanales de 45 minutos y 1,15 horas. Intensificación de la intervención en periodos estivales.
- Intervención grupal. Persona – grupo / Grupo – persona.
- Lenguaje artístico multidisciplinar: dibujo, pintura, escultura, escritura, fotografía, lenguaje audiovisual, etc.
- Énfasis en lo específico del arte: el proceso creativo.

- El papel de la obra en el reconocimiento identitario, en la relación triangular con la arteterapeuta y en relación con el equipo. Mirada longitudinal, registro de lo intangible, más allá de lo verbal.
- Trabajo no directivo (salvo diseño específico en función de objetivos).
- Mirada clínica, posicionamiento integrador.

➤ **Desarrollo del proyecto de arteterapia**

- Fase inicial: toma de contacto con la realidad del centro y las posibilidades que ofrece el arteterapia en atención a niños y adolescentes. Verano de 2012.
- Inicio proyecto de intervención en el área infantil: grupos A y C. Hasta junio de 2013. Diseño y planificación de la intervención con el equipo:
 - Revisión de los perfiles
 - Diseño de objetivos individuales y grupales.
 - Revisión periódica y evaluación del proceso
- Incorporación del grupo B. Ajuste de la coordinación con el equipo: reuniones semanales y coordinación general trimestral. Verano de 2013.
- Continuidad del proyecto de intervención con los grupos A-B y B-C. 2014.
- Continuidad del proyecto de intervención con los grupos A, B y C: 2015. Afianzamiento del trabajo con el equipo.

8.4.1 Caso 1

➤ **Contextualización del caso**

Carlos de 13 años, es un niño adoptado con 3 años y medio, de origen ruso. Siendo hijo único. Retirada la custodia a la madre a los 6 meses, pasa su infancia en una casa cuna. A los 4 años es valorado en el hospital con síntomas de

malnutrición, anemia, retraso madurativo óseo y motor, y es derivado al CSM por trastorno de adaptación y retraso madurativo.

Desde entonces se mantiene en tratamiento por alteraciones conductuales, inquietud motriz, hostilidad verbal, oposicionismo y agresividad, especialmente en el ámbito familiar. Ha pasado por variedad de servicios y recibido múltiples juicios diagnósticos: trastorno de adaptación, retraso madurativo, TDA, TDAH, trastorno oposicionista-desafiante, disfunción cerebral, trastorno generalizado del desarrollo, rasgos autistas, discapacidad y alteración de conducta.

Ingresa en el hospital tras propuesta de derivación por conductas agresivas e inadaptación escolar. Presenta dificultades en los vínculos y relaciones con los iguales y se describen intereses obsesivos y reiterativos y actitud controladora.

Tras un periodo de observación el cuadro diagnóstico que se maneja en el HdD es trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (CIE10-F94.2) que se incluye en los trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia. No se establecen criterios diagnósticos para TEA en ningún subtipo.

En los niños y niñas que sufren trastorno del vínculo se observa un bajo desarrollo de las funciones ejecutivas, retraso psicomotor, inmadurez en la regulación emocional y de la conducta, y pautas de interacción social inadecuadas. Se asocia a una forma de comportamiento social anormal que aparece durante los primeros cinco años de vida y que suele conllevar el desarrollo de vínculos selectivos y la búsqueda de afecto en relaciones pobremente moduladas. Pueden presentarse además alteraciones emocionales y del comportamiento.

El síndrome es reconocido con mayor claridad en niños y niñas criados en instituciones para la infancia, en cuya crianza en los primeros años se caracteriza por una marcada discontinuidad de las personas que cuidan al niño o niña o por múltiples cambios en domicilios familiares (así como múltiples domicilios en familias alternativas).

Para el desarrollo del caso en arteterapia y dada la gravedad y dificultad del cuadro, se incluye aquí más allá del diagnóstico y respondiendo al enfoque apreciativo (Cooperrider y Srivastva, 1987) que Carlos es un niño de 12 años, cuya

historia clínica nos deja entrever que además de las dificultades de diferenciación identitaria propias del momento vital en que se encuentra, sufre por diagnóstico trastorno reactivo del vínculo con expresión de rasgos autistas y obsesivos, la última parada de un largo e intenso camino. Él se muestra curioso, creativo y firme; leal y comprometido con el tratamiento; también solitario y exigente en su demanda hacia los otros y las otras y hacia la arteterapeuta.

Acompaña la presentación del caso, el relato narrativo-visual de la restitución de un vínculo a través de la obra, que sirve de mapa en la investigación para mostrar el recorrido de Carlos en la búsqueda de una simbolización propia e identitaria, un camino hacia sí mismo en relación con la arteterapeuta y con los otros y otras, ante quienes la obra le expone y muestra sin el limitante temor que aparece en su manejo social.

El proceso arteterapéutico comienza un mes después de su ingreso y dura dos años tras los cuáles, recibe el alta.

➤ **Proceso arteterapéutico**

Fase 0. Inicio del proceso arteterapéutico. Conocernos.

Sesiones 1-11. Junio-Agosto 2012.

Comentarios al inicio del proceso:

Despunta su impulsividad y agresividad, no tolera las consecuencias, actúa como un niño pequeño. Busca maneras de chingar al resto. Hace “como sí” pero remite a la agresividad.

Rechaza las actividades de plástica, con un nivel bajo de grafismo. Le gusta la papiroflexia. Muestra cierto bloqueo aprendido en el trabajo, se niega; sin embargo, guiado por un igual, saca lo mejor de sí mismo.

Se adecúa a las normas pero necesita un adulto para que le marque, que le refuerce.



Figuras 8-56 y 8-57. Sesión 1. La papiroflexia.



Figuras 8-58, 8-59 y 8-60. Sesiones 2 y 3. Arteterapia.



Figura 8-61. Sesión 4 Retrato de grupo en arteterapia.

Figura 8-62. Sesión 6. La mesilla de noche en la habitación de mamá.



Figura 8-63. Sesión 11. Mandala: El pasado, la casa cuna. La adopción y la familia.

Observaciones:

- Buena evolución con el trabajo plástico, no surgen grandes rechazos.
- A veces se muestra aparentemente poco implicado.
- Le cuesta mantener la escucha y la atención. Busca mucho la mirada y refuerzo.

Desde arteterapia:

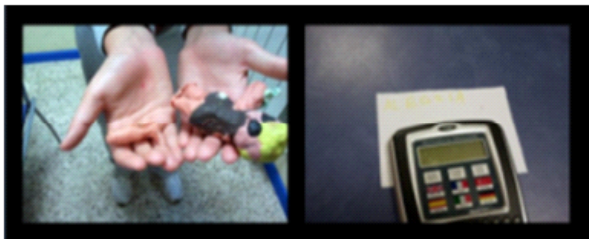
- Ayudarle a encontrar un lugar en el grupo desde el que mostrarse.
- Reducir conductas de contacto desordenado.
- Favorecer el desarrollo vincular en relación con la arteterapeuta y con los otros pacientes como ensayo a su vez para las relaciones sociales y familiares.
- Favorecer procesos creativos personales en el amplio espectro de la palabra (de la obra, de las relaciones, de los proyectos,...).
- Atender, a través del proceso creativo, a aspectos individuales en relación con la patología y la biografía.
- Integración emocional de las vivencias, permitiendo su resignificación.
- Afianzar la estructuración identitaria desde la salud residual, la posibilidad de cambio y la proyección futura.

Fase 1. Vinculación personal con el proceso arteterapéutico.

Desde septiembre 2012. Sesiones 1-7



Figuras 8-64 y 8-65. Sesión 1-3. Construyendo una historia: el personaje, es escenario. Búsqueda de estructura.



Figuras 8-66 y 8-67. Sesiones 4-5.
Las emociones ligadas a la vida



Figuras 8-68 y 8-69. Sesiones 6-7. Mapa para no perderse en la vida: la herida, la explosión.

Observaciones:

Carlos acudía al centro acompañado de objetos, casi como objetos transicionales que a menudo forman parte de la propia obra. Con el tiempo, ya no los trae, pero estos re-aparecen ya integrados en ella o como objetos más “evolucionados” y con una utilidad, por ejemplo, comunicarse (traductor de palabras electrónico).

Comienza el proceso de vinculación con arteterapia, el encuentro con las capacidades y recursos expresivos de los que no es consciente. Con ello, se inicia un viaje desde lo conocido, la papiroflexia, hacia lo “posible” e inexplorado, la creación artística propia. Carlos es un artista y se comporta como tal, desde ese lugar el grupo le reconoce aunque sigue siendo difícil convivir con su manejo.

Esta búsqueda creativa le permite encontrar un espacio para la expresión y el encuentro consigo, con su rareza y malestar a menudo incompresibles e insoportables, con su dificultad para ser con los otros y con su sensación de diferencia excluyente del mundo. Pero también, con un nuevo abanico de recursos y capacidades para la creación que poco a poco, se traducen para sí en su vida.

Una vida marcada para él por su adopción de origen, pero repleta de matices asociados a ella que le dificultan el entendimiento de quién es y de cómo siente que es.

De las primeras obras en las que dos personajes, o la disociación de uno solo, mantienen el protagonismo, explora a través de sí mismo las sensaciones y emociones que experimenta. En general, la rabia y la ira se colocan en la cabeza, pero también en el estómago. Sufre náuseas, mareos y vómitos casi de manera constante y le cuesta mucho dormir, lo que a menudo le hace llegar muy cansado al hospital o habiendo discutido en el trayecto con su padre, su figura referencial más estable en la actualidad.

Fase 2. Inicio del reconocimiento simbólico y emocional. Sesiones 8-14



Figuras 8-70, 8-71 y 8-72. Sesiones 9, 13 y 14. Las exposiciones, desde el cuerpo, desde la mente. Las polaridades.

Las siguientes obras comienzan a ubicarse en un espacio intermedio de experiencia, casi de existencia, en la que él mismo se siente. Lo expresa de forma clara: “entre el bienestar y el malestar, la rareza”. Tratar de ser desde esa rareza le resulta agotador, incluso siente que es peor que el malestar, porque es un no lugar, un no estado, una no vivencia en la vivencia.

En estas sesiones se da un reconocimiento expresivo emocional a través de los símbolos presentes en las obras, de sus repeticiones y atribuciones significativas personales, a través de los cuáles se comienza a codificar la comunicación entre él y la arteterapeuta.

Estos símbolos presentes en sus obras, reaparecen, se repiten en relación con diferentes momentos, y él los brinda a la sesión como parte de un idioma propio, convirtiéndose así en señales, en muestras, en avisos,... Símbolos como puertas que se abren a la mirada de la arteterapeuta que ha de aprender a reconocerlos. Puertas que de no ser miradas, de nuevo, se cierran.

En el proceso se da una vinculación exponencial con el proceso de creación, el espacio arteterapéutico y la arteterapeuta. A un ritmo más lento comienzan a dibujarse algunas relaciones con los compañeros en el grupo, siempre mediados por sus reacciones desmedidas y la tolerancia a la atención de la arteterapeuta dosificada con todos ellos, que él a menudo vivencia como abandono.

Fase 3. Consolidación del proceso creador-identitario. Sesiones 15-23

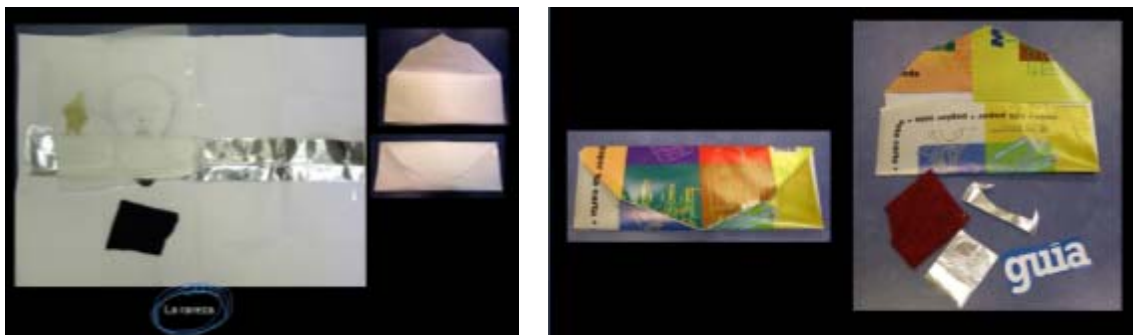


Figura 8-73. Sesiones 15. El regalo.

En estas sesiones se inició de desarrollo de una relación de amistad con algunas de las compañeras chicas del grupo, algo que ilusiona a Carlos si bien se deja llevar sobre todo por una de ellas hacia juegos y comportamientos que a veces juegan en el límite de lo marcado en el espacio terapéutico.

En una de las sesiones crea dos sobres. Uno se lo regala a su amiga, con su obra dentro. La obra contiene básicamente lo que él es: sus ideas creativas que pueblan la imaginación desbordante y que caen a su estómago de golpe. El otro es para que lo guarde la arteterapeuta. A cada tanto, le pregunta si lo tiene, y él parece sorprenderse de que la respuesta sea sí, y pide que siga siendo así.

Carlos se reconoce en arteterapia, lo siente su lugar. Comenta que puede ser él sintiéndose tranquilo, dando lugar a su malestar, a su rareza, pero tranquilo, dejando a un lado los nervios. Su demanda hacia el espacio y hacia la arteterapeuta es creciente y exigente, a veces incluso difícil de gestionar por ésta que tarta de hacerle ver poco a poco, que aún no estando “pegados”, sigue estando a su lado,

confiando en él y en su trabajo. La demanda hacia sí mismo también lo es, siendo siempre esta última mayor de lo que a veces puede gestionar.

Paciente y arteterapeuta se mecen así en un ritmo trasferencial intenso que deja huellas y posee significados. El establecimiento del vínculo entre ellos es lento en su proceso, pero no todo lo lento que cabría esperar para una persona cuyo sistema de apego se encuentra fragmentado, desdibujado, desubicado,...cuyos afectos se distorsionan por un torbellino de sentimientos contradictorios. Este estrecho vínculo de cuidado mutuo, posibilita caminos para una expresión emocional generosa y sincera.

Observaciones:

La integración de los “hallazgos plásticos” abre caminos para la expresión que le permiten transitar del lado de la dificultad, la rareza, la enfermedad,... hacia el entendimiento, la proyección, la identificación con otros personajes, otras posibilidades, consigo mismo

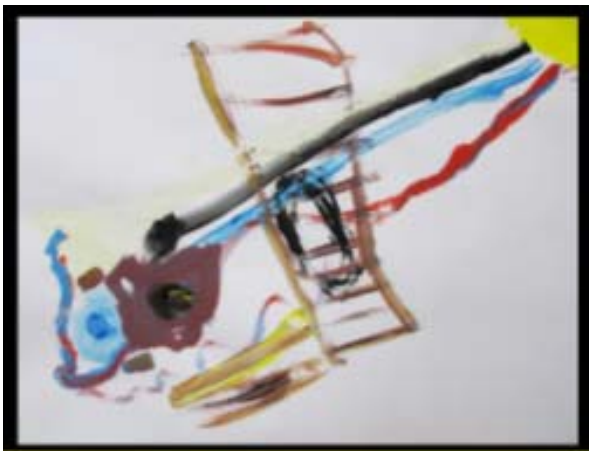


Figura8- 74. Sesión 16. El agujero por el que te cueles.



Figura 8-75. Sesión 17. La explosión, la sangre, los nervios.

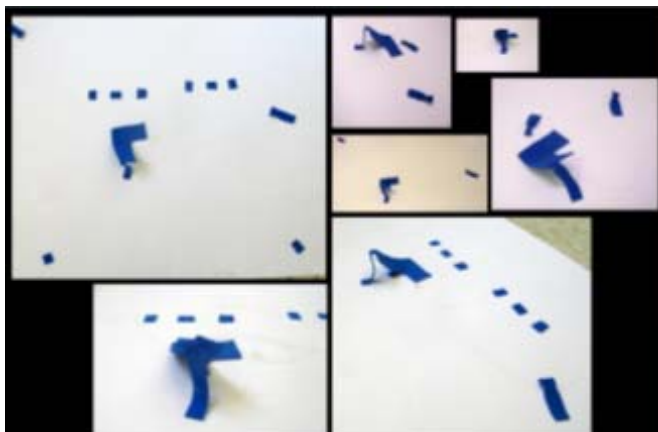


Figura 8-76. Sesión 22. La masa. Un juego, como la vida. La vida como un juego en el que has de seguir las casillas y que a cada tanto te expulsa casi sin darte cuenta.



Figura 8-77. Esquema I. Aparición de símbolos personales en el proceso.

Fase 4. Encuentro desde sí hacia y con los otros. Sesiones 24-35. Continuidad

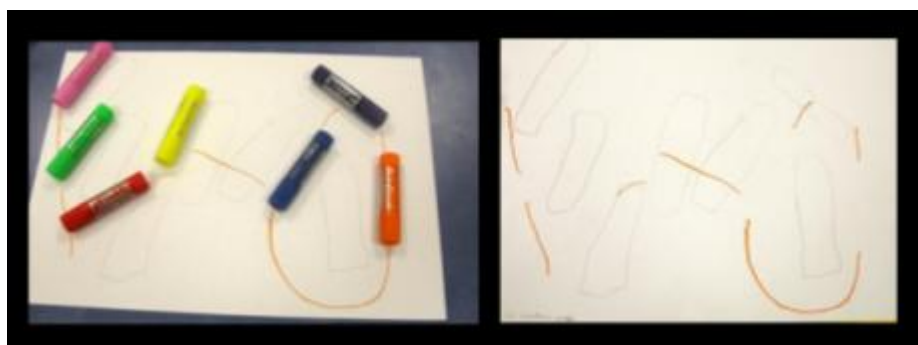


Figura 8-78. Sesión 24. Las experiencias efímeras: la huella en el recuerdo, en la memoria.

En estas sesiones aparece lo efímero, las experiencias que aunque no se ven existen y se mantienen en el recuerdo. En una sesión construye una "montaña" con materiales plásticos que quiere destruir después. Para guardar registro de ello, además de en la memoria, como tantas experiencias pasadas, decide fotografiar el proceso, pero para hacerlo, necesita ayuda de otro, necesita confiar. Esta vez lo

hace y sale bien, no tanto el proceso que no logra fotografiar, sino el haber confiado.

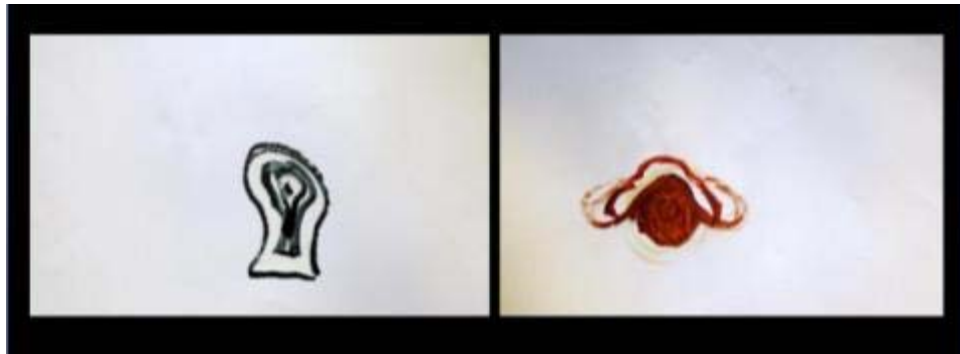


Figura 8-79. Sesión 26. La sensación de que cada cosa contiene otra: una capa y otra capa.

En otra ocasión aparece “el pensamiento del demonio y la “matroska”. Carlos trabaja casi toda la sesión en la primera imagen, “el pensamiento del demonio”. Habla de la sensación que él tiene tantas veces de que una cosa está dentro de otra, y de otra, y de otra... Crea después la segunda imagen, su recuerdo de la casa-cuna. Si la arteterapeuta quiere, le traerá una (matroska). No es la primera vez que sus orígenes aparecen en el trabajo arteterapéutico, pero es la primera que un relato de sí, lo acompaña y es compartido.

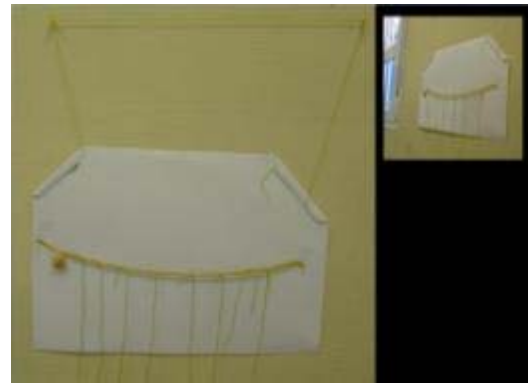


Figura 8-80. Sesión33. El quipú del tiempo. El nacimiento.

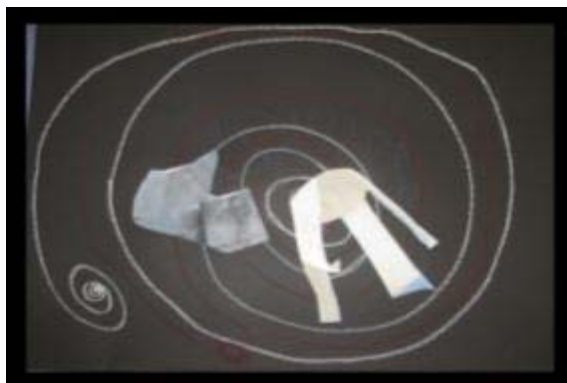


Figura 8-81. Sesión 29. Los procesos de... La ira. La espiral de la ira.

Al final de esta fase comienzan a aparecer los procesos más largos, no solo creativos sino vitales. A raíz de un conflicto con un compañero ante quien se desestabiliza enormemente, trabaja en el proceso de la ira, como una espiral que se

lo lleva todo, incluido a él mismo. En un quipú del tiempo ubica su vida, en la que de inicio el nacimiento no aparece. Después, coloca una madeja de lana pequeña protegida en un paquetito de celo en lo que sería su nacimiento, del que poco puede o quiere decir.

Observaciones:

Se da una apertura hacia los otros a través de la creación y el juego, en un espacio seguro desde el que ser, de forma integral. Integración de aspectos del relato e historia de la propia vida: la infancia, la memoria, el origen, la identidad.

Fase 5. Tras el verano, la explosión. Septiembre 2013. Sesiones 1- 7



Figuras 8-82, 8-83, 8-84, 8-85, 8-86 y 8-87.
Sesiones 2, 4, 5, 6, y 11. Las capas del malestar. Tras ellas se produce un ingreso.

Esta fase se inicia tras el verano de 2013 con Carlos my presente en un rol de experto en arteterapia, siendo muy consciente de su proceso en este espacio y en el hospital, que trata de representar en la primera obra y del que habla como una escalera muy empinada cuyos peldaños es muy difícil subir. El inicio del recorrido está manchado por ese malestar, que poco a poco se organiza, sin llegar nunca a desaparecer. Ese malestar impone el ritmo, a veces es fácil dar el paso y subir el peldaño y otras cuesta muchísimo. Le acompaña el cuerpo al describir las sensaciones. Siempre le ha gustado bailar, moverse y representar escenas, aunque después al representarlas, en ocasiones, se ha bloqueado sin poder llegar a hacerlo.

En las siguientes sesiones continúa trabajando ese malestar que se hace evidente ante el ingreso de la abuela en el hospital, lo que logra desestabilizarle completamente. Se da en parte una regresión a etapas más iniciales en las que el discurso emocional se anclaba a la expresión, sin apenas integración o elaboración. Se muestra inquieto, defendido y desconfiado. De nuevo aparece con el abrigo en el espacio, sin quitárselo, protegiéndose. Ante la ausencia de la abuela de quién teme pueda morir, las dificultades en casa evidencian la falla en el sistema familiar del que de nuevo se siente expulsado.

Despuntan de nuevo las explosiones conductuales aunque nunca agrediendo el espacio ni a la arteterapeuta ni a las personas, sino simplemente necesitando salir de él, expulsarse a sí mismo también de este marco. De alguna manera así encuentra lógico el hecho de que en su vida, desde su más tierna infancia, siempre se le haya expulsado, en el fondo abandonado.

Y quizás de nuevo se encuentre en una situación vital en la que se le vaya abandonar. Tras este periodo se produce un ingreso del que volverá tras dos semanas.

Fase 6. Tras la explosión, la nada. Septiembre 2013 Sesiones 8- 18



Figuras 8-88, 8-89, 8-90, 8-91, 8-92 y 8-93. Sesiones 8, 9, 10, 12, 13 y 14. Del malestar a la matroska.

Observaciones:

Tras el ingreso, volver atrás no parece posible, ya no sirve, hace falta una nueva posición que integre el malestar en el que Carlos se siente y en el que de alguna manera, también se mantiene instalado, quizás por miedo a tener que afrontar un papel más autónomo en su vida y quizás también más solitario. Estar

solo parece algo que vaya a formar parte de su vida pero esa soledad puede poblarse de imaginación, de capacidad y de creatividad.

La matroska aparece de nuevo en su trabajo relacionada con las capacidades y las dificultades. Carlos no se repone, vuelve a rituales anteriores.

Se distancia de sí mismo, de los otros con lo que apenas lograba una vinculación específica e incluso de la arteterapeuta. Siente que el sistema, el hogar, no le están dando un lugar para ser y eso le confronta con su dificultad y con su sensación de exclusión del mundo. De alguna manera actúa de forma en que esto parezca justificado, de forma que merezca tal exclusión para así de alguna manera poder comprenderla, algo que no logra. Se siente abandonado.

Fase final y cierre del proceso



Figura 8-94. Última obra. “Una historia, un libro,...sobre qué.
No puedo dormir, entiéndeme”.

Observaciones:

En su último trabajo decide cambiar de registro porque ninguna de las técnicas anteriores le sirve. Decide hacer un libro, un cuento al que pone un índice cuyo primer punto es la alegría. Mientras lo hace, en las sesiones, en el cierre, manifiesta su deseo de que a los otros les guste, de hacerlo bien, de ser capaz.

La continuidad en el proceso favorece la observación longitudinal que permite un recorrido a través de las obras que amplía la mirada sobre posibles: símbolos, repeticiones, significados personales, narrativas, cambios, giros, resistencias,

regresiones, dificultades y recursos. Esto le ayuda a reconocer en qué momento se encuentra y prevenir posibles recaídas.

A nivel individual se produce una verdadera vinculación con la obra, con la arteterapeuta, con el espacio y con el grupo, lo que ahonda en el autoconocimiento. Antes de marcharse asegura arrepentirse de no haber aprovechado más las últimas sesiones, de haberlas dejado escapar.

➤ **Aportaciones del trabajo interdisciplinar al desarrollo del caso**

En la evolución del caso mostrado la interacción y comunicación de los y las profesionales influyó positivamente en el desarrollo del caso. La articulación vincular entre la terapeuta referente y la arteterapeuta, en relación con el paciente, ofrecieron un entramado vincular que remitía a las primeras relaciones, incluida la relación materna, que suponían para el paciente una revisión biográfica y emocional que le hacía confrontarse consigo mismo y sus dificultades.

El análisis de la dinámica transferencial así como las proyecciones derivadas de la demanda hacia la arteterapeuta, fueron paulatinamente revisadas en las reuniones con el equipo, sobre todo en su capacidad para ofrecer un espacio desde el que poder ser con los otros.

En los momentos de mayores dificultades en la contención conductual, se permitía al paciente tomar un tiempo y un espacio fuera del marco arteterapéutico, yendo a por agua, tomando fotografías, o pidiendo algún material. Se acordó con el equipo que esta era una pauta acertada a mantener en el tiempo y revisar con el paciente paulatinamente, que siempre debía solicitar permiso para salir y hacerlo conforme a las pautas y normas del encuadre. De los momentos más complejos de dichas etapas, aquellos en que las autoagresiones y heteroagresiones aparecían, si bien en arteterapia no llegaron a darse en ninguna ocasión las segundas, existía la pauta de una posible contención por parte del equipo fuera de la sala.

A su vez, en la primera fase de desarrollo del caso, así como en alguna fase posterior, cercana a la finalización del mismo, el paciente necesitaba traer al centro pequeños objetos, figuras, juguetes o máquinas, de casa al centro y viceversa. Si bien hay normas que lo impiden, en el caso siempre fue entendido, contemplado e

integrado en el trabajo terapéutico como la necesidad de un objeto transicional, de seguridad para la permanencia en el espacio. Algunos de estos objetos pudieron ser incorporados al proceso creativo y al trabajo arteterapéutico, revisando con ello sus posibles funciones así como la necesidad de su mantenimiento o no.

La constante revisión del caso, la información relativa a la biografía del paciente así como a sus experiencias tempranas, fueron determinantes para la comprensión del sufrimiento psíquico y de la complejidad del caso por parte de la arteterapeuta.

Algunos aspectos contratransferenciales se revisaron en el trabajo con el equipo así como en la supervisión y fueron puestos al servicio del proceso arteterapéutico. Dichos aspectos oscilaban entre la dificultad para acoger la excesiva demanda y el deseo de protección y cobijo del paciente, más allá de los límites del espacio terapéutico.

➤ Conclusiones

El desarrollo vincular de la intervención en arteterapia se ha convertido en eje metodológico del taller de arteterapia y del caso que se presenta. En él se ven implicados el paciente, la arteterapeuta y la obra como trazo que vertebra la intervención.

El arteterapia, por su despliegue y ofrecimiento a la creación y a la capacidad, entre otros muchos elementos distintivos de su naturaleza como disciplina, resulta una herramienta terapéutica de enorme valor y calado para pacientes como K, que *cargan* con el peso de una trayectoria de no encuentro, de no mirada, de no lugar. En la obra, ser quién uno es se hace posible, y desde ahí, el entendimiento del cómo, del recorrido, de los matices, de las fallas, de las luces,...se torna comprensible.

En la integración de los arteterapeutas como profesionales en las instituciones, las posibilidades del alcance de la intervención en arteterapia se multiplican en relación con el abordaje interdisciplinar²² que el trabajo en equipo

²²El equipo terapéutico del centro se compone para el área infantil de una psiquiatra, dos psicólogas clínicas, un educador, un enfermero, un terapeuta

promueve. Desde ese abordaje, lo simbólico se establece en la acción intersubjetiva, en las posibilidades para la estructuración identitaria de cada situación y momento en un marco contenedor exponencial: el del espacio terapéutico, el del equipo terapéutico y el de la institución. Y es ahí, donde se potencia el abordaje integral.

En el caso desarrollado, por la dificultad para establecer vínculos de referencia estables a los que K pudiera sentirse vinculado, en confianza y con seguridad, la sola permanencia de estos, de manera incondicional, a pesar las dificultades, de los arranques de ira, del enorme malestar que se hacía evidente en la conducta pero también en la piel, en la emoción y en lo simbólico, constituyó un el elementos en torno al que una construcción identitaria más completa pudo empezar a dibujarse.

8.4.2 Caso 2

➤ Contextualización del caso

Miguel tiene 10 años. Su colegio informa al equipo de que en *el aula pasa desapercibido aunque dice muchas incoherencias y cosas fuera de realidad*, tiene algunas manías como comer plastilina, goma de borrar o perseguir a alguna niña. Al conocerle nos dice: “Tengo una fiesta en mi cabeza”. Se observa que presenta graves dificultades en la organización del pensamiento junto a una inteligencia despierta.

Sus padres son una pareja enferma. El padre padece un TOC grave con rasgos paranoicos. Miguel nació durante una crisis epiléptica y delirante de su madre. Tras un periodo de mejoría con el tratamiento en nuestro centro, sus padres deciden separarse.

➤ Proceso arteterapéutico

Miguel llega al grupo de arteterapia casi como de puntillas, relatando historias imaginarias, recurrentes y desordenadas, a menudo sobre futbol o algunos personajes imaginarios. Ha tenido un recorrido amplio en el grupo de infantil pero el equipo estima

ocupacional y un monitor. El trabajo interdisciplinar del equipo se estructura de base y se concreta en encuentros semanales post-sesión, intercambio de informes semanales y reuniones globales mensuales. La supervisión del proyecto de intervención en arteterapia se realiza de forma externa.

oportuno su paso al grupo B en el que poder desprenderse de ciertas dinámicas de relación infantilizadas.



Figura 8-95. Sesión 01_El punto de partida, los campos de fútbol, los partidos de fútbol, ...

Articuladas más desde lo verbal que desde la experiencia creadora, algunas de sus obras tempranas son campos de fútbol que dibuja a lápiz de forma rápida y esquemática. Juega sus partidos solo y en su equipo, a veces se cuelan personas que le ayudan a meter gol. Comienzan a aparecer los lugares, y en ellos, algo de sí mismo, sin una clara presencia, como si se ubicara en un espacio intermedio desde el que observa la vida, desde la no- acción, anclado en medio de dos ciudades, de dos casas, de dos personas...

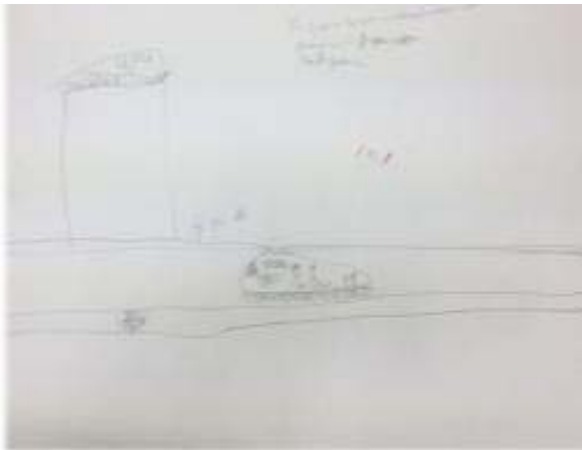


Figura 8-96.El deseo de querer estar con los otros, de jugar con los otros y que los otros quieran jugar con él.

Sesión a sesión explora junto a la arteterapeuta esos “lugares” que ofrecen pistas para encontrarle, como en un mapa. En esa búsqueda acompañada, en ese diálogo obra-sujeto, Miguel encuentra un lugar seguro desde el que ponerse en acción.



Figura 8-97. La familia.

Trabaja a través del arte las dificultades para establecer una relación con los otros, para ubicarse, hacerse presente y darse voz; incluso con su familia. Aún no acepta y niega la realidad de la separación de sus padres. En su retrato familiar cada personaje termina por ser una masa informe en plastilina, desajustada y confusa.

En una de las sesiones Miguel decide hacer un regalo a su padre: un plano de metro, con solo tres paradas, aquellas en las que él se mueve: la casa de mamá, la de papá y el hospital. Lugares en los su padre sepa encontrarle aunque pierda la cabeza.

En ese “como sí” del arte, construye un escenario con esas paradas y esos recorridos, siempre los mismos y crea un vídeo fotografiando cada paso en una secuencia estructurada ligada a su narración de vida.



Figura 18-98. *“Un mapa en el que papá sepa encontrarme”*. El regalo.

Explorando distintas posibilidades y formas artísticas Miguel parece crecer. Incorpora a través de la tridimensionalidad nuevos recursos que le permiten explorar las escenas que plantea, siendo con ello protagonista tanto de su proceso creador, como de su propia obra.

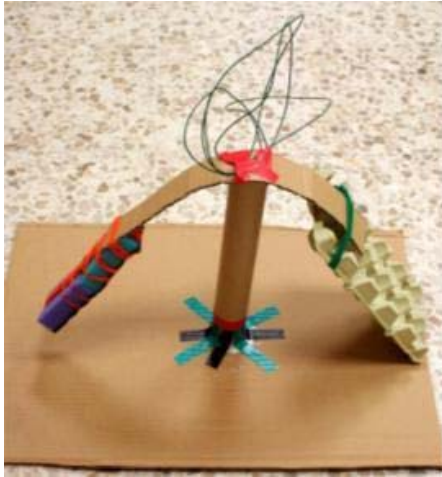


Figura 8-99. Entre el amor y el odio, sentirse en el medio de dos caminos que “tiran” en sentido contrario. En el medio, como de un balancín, los pensamientos se desbordan.

Se muestra más conectado, su contacto es más genuino y su comportamiento más pausado y reflexivo. Reflexiona Marina Ojeda que *“en la obra no solamente es importante lo que se crea, sino cómo se crea.”* (Ojeda, 2011)

Al tiempo que estos cambios ocurren, su relato también lo hace. Parece cansado de sentirse en medio de dos cosas, como si él mismo fuera la estructura de un balancín que se mece entre el amor (que no es solo suave, que a veces duele) y el odio, haciendo que la cabeza y los pensamientos se desborden. Desde ese espacio de realidad de algún modo intermedio, potencial, transicional, que la obra ofrece, Miguel trabaja esas sensaciones.



Figura 8-100. Comienza a hacerse preguntas: *“¿qué me pone nervioso? ¿qué hago cuándo me pongo nervioso? ¿qué hacen los otros? ¿qué piensan?”*...

A partir de este momento se da un avance importante: comienza a explorar sus nervios, en los que se considera un experto: los mira, los escucha, tratando de comprender cómo activan sus propias rutinas y repeticiones, comer pegamento, contar

baldosas, inventar una realidad paralela, que le ayudan en su intento por hacer desaparecer aquellas cosas de la realidad que le invaden.

Sigue la investigación sostenida en la relación triangular, en ese espacio intersubjetivo que define el encuadre (paciente-obra-arteterapeuta) y descubre que son las voces de las personas alrededor, sus preguntas, lo que de forma constante amenaza su tranquilidad. Ante tanta demanda, Miguel queda en suspenso, desaparece y tras ello, la acción “disparatada”, “ruidosa”, que le hace sentirse vivo.



Figura 8-101. Lo que me pone nervioso: *“las preguntas de los demás, lo que dicen, lo que tengo que decir o hacer, la sensación de no saber qué responder”*.

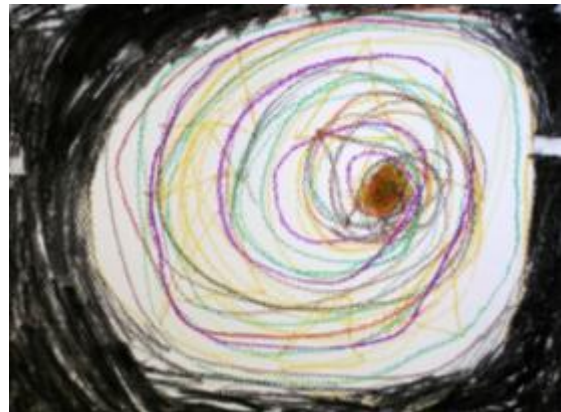


Figura 8-102. El remolino que se lo lleva todo y le tranquiliza frente a los nervios de quedarse a oscuras, en silencio consigo mismo.

A través de la tranquilidad que dice sentir al crear, en silencio, empieza a atreverse con lo que antes creía no poder, como permanecer con los ojos cerrados. A oscuras, se deja llevar y puede representar y describir una extraña sensación, como un remolino que puede llevarse todo y a todos. Su obra es un ejercicio de color y fuerza que nos dejar ver una parte de Miguel a la que pocas veces el equipo puede asomarse.

Por dificultades en la continuidad del tratamiento, el equipo valora el alta parcial de Miguel, lo que conllevará la finalización del proceso de arteterapia por coincidencia en el horario con uno de los días en los que él no acude.

En las últimas sesiones trabaja más conectado con la realidad, en una de ellas incluye la amistad, dibujándose a sí mismo con un compañero. Le asusta el cambio y

vuelta al nuevo colegio, las clases en las que se pone nervioso y no ser capaz de calmarse. Pero no huye de ello, quiere enfrentarse y trabajarlo.

Desde ese idea construye un relato audiovisual en el que dos coches, como dos amigos, se reencuentran fuera del hospital y pueden por fin, ser amigos. Más allá del compromiso emocional con el trabajo, llega a nosotros la estructuración de la misma en inicio, nudo y desenlace.



Figura 8-103. Una historia audiovisual sobre la amistad.

En la sesión final de cierre Miguel pide trabajar su proceso en arteterapia y dibuja un recorrido dividido en dos etapas, su etapa previa en el grupo de infantil, y una etapa posterior en el grupo B. Aunque longitudinalmente la primera es más larga, él la recuerda despoblada de creación, de trabajo personal y dice verse en ella de esa manera alocada de antes. En la última etapa incluye las obras que han sido para él significativas, entre ellas, el balancín entre el amor y el odio aparece. Quiere llevarse las obras a casa, pero esta no, quizás por no saber dónde ubicarla exactamente.

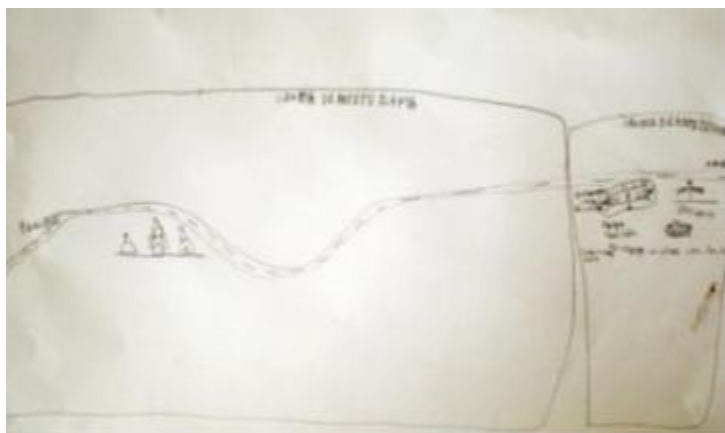


Figura 8-104. El recorrido en arteterapia.

➤ **Aportaciones del trabajo interdisciplinar al desarrollo del caso**

En la evolución del caso mostrado la interacción y comunicación de los y las profesionales influyó positivamente una vez más en el desarrollo del mismo. De inicio la vinculación con la arteterapeuta no fue sencilla pues Miguel es una persona selectiva en sus afectos, en su manera de relación, y desconfiada. Muestra esa evidente desconfianza con la arteterapeuta y con los compañeros, dando a ella permiso paso a paso, sesión a sesión, obra a obra, para entrar en su entramado relacionar.

El análisis de la dinámica relacional en Miguel y su manejo en el grupo B se vio favorecido por la mirada hacia él desarrollada en una etapa anterior en arteterapia. En las reuniones con el equipo se pudieron ir valorando de forma más efectiva aspectos de cambio específicos promovidos por el cambio. La coordinación con la arteterapeuta del grupo de infantil y con el resto de profesionales del equipo facilitaron el traspaso de un grupo a otro de forma natural, favoreciendo a su vez el cierre con el grupo de infantil y su incorporación al grupo B.

Dicho cambio supuso también el cambio consiguiente de terapeuta referente y de arteterapeuta. Fue bien acogido por Miguel que enseguida se sintió cómodo con la psicóloga referente, a la que en las primeras sesiones ofrecía su lealtad, como si abrirse a la arteterapeuta supusiera tener que elegir u ofrecerle algo quitándoselo a otra persona. Dicha posición se hacía evidente también en su dinámica familiar y aparecía proyectada y actualizada en las nuevas relaciones.

De no darse la adecuada coordinación interdisciplinar, la comunicación eficaz oportuna entre los profesionales y la estructuración de objetivos específicos para el paciente, a desarrollar en la nueva etapa, consensuados desde todas las disciplinas, el proceso no se hubiera dado de forma adecuada.

Igualmente, en lo relativo a la historia familiar y a los últimos acontecimientos relativos a la gestión de la custodia, Miguel adopta frente al grupo una actitud de negación. Al inicio también con la arteterapeuta hasta que se abre a ella para compartirlo. Sin embargo, darle un lugar es difícil hasta prácticamente finalizado el proceso.

Sin embargo, compartir la información sobre las vivencias de Miguel permite ajustar los objetivos de intervención a sus necesidades.

➤ Conclusiones

De la valoración del caso expuesto se confirma que el eje metodológico es el desarrollo vincular de la intervención. Lo es en arteterapia y lo es en relación al modelo institucional en que se enmarca.

A lo largo del proceso de arteterapia Miguel pudo ajustar sus sentidos y experimentar a través de su propio proceso creativo, lo que le permitió por primera vez en mucho tiempo ser protagonista de su propia vida, de sus experiencias. En el espacio de arteterapia desplegó una capacidad adaptativa que le permitió conectar con la clama del proceso creativo, lo que rescato en diversas ocasiones como muy valioso.

De inicio, si desarrollo gráfico es muy esquemático, sus composiciones ancladas a un discursos imaginario desajustado, muy alejado de la realidad aunque conectado a ella por los lugares. Del diálogo paciente-arteterapeuta de la mano de la imaginación simbolizada en las obras, surgirá el imaginario personal y el registro emocional de Miguel, que muy pocas veces sale a relucir.

Sus relaciones vinculares con los otros en el grupo son escasas, sintiendo especial afecto por uno de los compañeros con el que sus juegos disparatados tienen sentido. Tras el cambio en su manejo personal en el proceso arteterapéutico, esta relación si bien sigue siendo de enorme afecto para él, ya no responde a sus necesidades vinculares, disparándose los nervios de manera que él ahora puede reconocer y evitar.

Más adelante, ante la marcha de este, la separación será difícil de encajar para él, y tratará de comprenderla desde su propia experiencia de alta. Afloran las preocupaciones sobre las amistades futuras, la necesidad de vinculación con los iguales y no solo una dinámica relacional en un puente que recorre el camino entre un hogar y otro, entre un referente parental y el otro.

Al alta, si bien el proceso no ha sido completamente cerrado, Miguel ha incorporado recursos de reconocimiento personal que le servirán en un manejo más adaptativo en la vida.

8.4.3 Caso 3

➤ Contextualización del caso

Alberto de 8 años fue derivado por el centro de salud mental para valoración y tratamiento intensivo. Presentaba multitud de síntomas compatibles con un diagnóstico TEA como aislamiento social, estereotipias motoras y dificultades en la comunicación.

Tiene un timbre de voz peculiar y utiliza un lenguaje adultomorfo en el que inserta palabras inventadas que le dan a su lenguaje un contenido extraño difícil de entender por los otros niños.

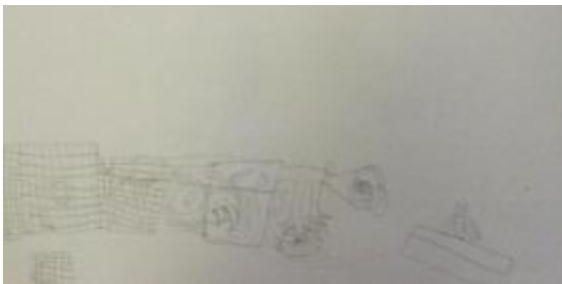
Tiene conductas bizarras y está continuamente invadido por fantasías y juegos imaginarios que le impiden conectarse con la realidad. A veces empieza a vestirse y se queda parado, inmerso en su mundo, cuando le dicen que continúe no sabe si se está vistiendo o se está desvistiendo. Le sucede con cualquier actividad.

Su nivel cognitivo es alto. Su familia tardó en darse cuenta de sus graves dificultades.

Tras un proceso en el grupo de arteterapia infantil se realiza el paso al grupo B, de edades intermedias a las que él se acerca.

➤ Proceso arteterapéutico

En el inicio, desde el trabajo libre, Alberto se mantiene en la repetición de su universo imaginario, en el que dinosaurios y animales pueblan la realidad. Ante el despliegue elaborado de la fantasía, aparentemente pocos aspectos personales se dejan ver. Sin embargo, las capacidades atribuidas a los animales y personajes comienzan a resonar en ese espacio de creación triangular como pequeñas pinceladas de sí mismo que la arteterapeuta debe saber captar; de alguna manera, Alberto le pone a prueba.



Figuras 8-105, 8-106, 8-107 y 8-108.

Primeras sesiones dibujos de dinosaurios, la imaginación en su máximo despliegue. En la última capacidades-dificultades.

En una ocasión, la arteterapeuta lanza al grupo la propuesta de trabajar un binomio “capacidad-dificultad” a través del arte, pues es un tema recurrente que el grupo ha traído a los cierres en las últimas sesiones. Por primera vez en su obra Alberto se hace presente, de la mano de los poderes. Los personajes son los protagonistas (quizás incluso las personas), los poderes son las capacidades.

Su gran capacidad es su imaginación y su gran dificultad son las tareas escolares, la escuela en sí; gracias a su imaginación puede mandar un poder o fuerza para poder realizar la tarea, que dibuja con tres letras grandes en forma de carretera por recorrer.



Figura 8-109. El cuerpo de Alberto.

Comienza a descifrarse en la relación triangular el modo de relación para Alberto entre la realidad y la fantasía, y por qué esta es tan necesaria. Desde ese momento, la conexión consigo mismo comienza a ocupar un lugar. Trabaja su propio cuerpo, que parece desconectado completamente de su mente y se enfrenta a él como si de un mapa se tratara, que le permitiera entender en qué rango emocional suele manejarse.

Para él, lo más difícil es el paso de una emoción a otra, el paso del sol a la tormenta. No se permite explorarlas emocionalmente y trata de comprenderlas desde la razón. Sus emociones, quedan así relegadas a un espacio al que no es fácil tener acceso.

Durante muchas semanas (meses) se mantiene prácticamente aislado de los nuevos compañeros, sin embargo, a partir de estos nuevos trabajos comienza a mezclarse con ellos, a interactuar. La arteterapeuta se da cuenta de que él percibe y observa lo que la mayoría no: las emociones en los otros, sus capacidades y con ellos, sus poderes. Le ofrece una cámara fotográfica con la que tratar de captar esa esencia de la realidad que realmente le llama la atención tanto como la fantasía.

Fotografía a todos sus compañeros y decide trabajar un cómic al que titula: “El regreso de arteterapia”, y que es una historia basada en nuestra realidad.



Figura 8-110. “El regreso de arteterapia”.

Se inicia así un proyecto a largo plazo en el que las personas y las escenas se mantienen, lo que nos permite entrever la mirada de Alberto sobre esa realidad. Carlos, que en ese momento se encuentra en una fase inestable, de mucho sufrimiento, será el protagonista, pero no es el malo. Alberto se lo aclara a él, y con ello, a la arteterapeuta y al resto del grupo, que también está presente en la obra. De haber alguien maligno son los adultos, que tampoco son del todo malos. Los poderes son habilidades para manejarse en la vida y lograr aquello que de otra manera no se puede lograr.

Él aún no aparece, pero quiere darse un lugar en la historia. Todavía no está preparado pero más adelante pedirá a alguien que lo fotografíe. De momento, reafirma su presencia desde el otro lado de la cámara, sin dejarse mirar.

En la trama hay explosiones, de hecho, el “enchufe bomba” explota pero no es el fin de arteterapia. “Las explosiones” no hacen que arteterapia termine. Muestra su capacidad para darse cuenta de lo que ocurre, de lo no visible, de escuchar y observar.

El fin del cómic será el fin de la historia y coincidirá con su alta del hospital. La obra se ha convertido en un proyecto artístico a largo plazo, algo que se mantiene. Para él parece impórtate saber qué es lo que permanece y mantiene la idea de que la historia, a pesar de manifestarse a través de la fantasía, recoge la realidad, está basada en nosotros mismos.

En el cierre parece haber un acuerdo con la arteterapeuta en que a pesar de las dificultades hay cosas, como arteterapia, que se mantienen, “nos mantienen”. También en que hay cosas, más allá de la obra, que están presentes en ella: la amistad, la escucha, las dificultades de los otros, etc.

➤ **Aportaciones del trabajo interdisciplinar al desarrollo del caso**

La coordinación con la arteterapeuta del grupo de infantil y con el resto de profesionales del equipo facilitaron el traspaso de un grupo a otro de forma natural, favoreciendo a su vez el cierre con el grupo de infantil y su incorporación al grupo B.

Dicho cambio supuso también el cambio consiguiente de terapeuta referente y de arteterapeuta. El proceso implicó de inicio un cambio que a Alberto le provocaba algo de vértigo, pero generó una respuesta emocional adaptativa en él, que entendió el cambio como algo deseable y que se venía gestando y manifestando tiempo atrás.

De no darse la adecuada coordinación interdisciplinar, la comunicación eficaz oportuna entre los profesionales y la estructuración de objetivos específicos para el paciente, a desarrollar en la nueva etapa, consensuados desde todas las disciplinas, el proceso no se hubiera dado de forma adecuada. Tras este período en el hospital, Alberto recibe el alta.

➤ **Conclusiones**

A lo largo del proceso de arteterapia Alberto pudo ajustar sus sentidos y experimentar a través de su propio proceso creativo, lo que le abrió a nuevas experiencias, más allá de la constatación repetición de las mismas respuestas a cualquier situación. En el caso de arteterapia las respuestas tomaron forma de dibujos repetitivos y de alguna manera estereotipados, anclados en unos símbolos que le habían permitido manejarse en el pasado, pero ya no ofrecían respuestas de apertura hacia el presente y el mañana.

De alguna manera, a través de sus obras muestra cómo es capaz de emplear su propia y más preciada capacidad para darse una oportunidad de supervivencia en una realidad que a menudo es hostil. Tal y como señalan Catalina Martín, Esther Carmona y la investigadora, “en este marco se crea algo propio que no existía, sin molde. El niño obtiene nuevos recursos para aprehender el mundo, se siente activo ante su producción

y la mayor parte de las veces aliviado o contento. (Serrano, Carmona y Martín, 2015, pendiente de publicación)

El desarrollo vincular fue lento sin llegar a un máximo desarrollo pero lo suficientemente significativo como para favorecer una apertura en el camino recorrido en arteterapia, en el paso evolutivo a un grupo con chicos de edades mayores. “En la obra, ser quién uno es se hace posible, y desde ahí, el entendimiento del cómo, del recorrido, de los matices, de las fallas, de las luces,...se torna comprensible”, y desde ahí relacionarse con los otros y con el mundo resulta más fácil.

Para Alberto fue así en el sentido explícito. La fantasía, proyectada en la obra, puesta fuera de sí, fue a su vez puesta al servicio de las relaciones. En el encuentro, en la escucha, resultó más sencillo traducir ese código fantasioso con Alberto, descifrar cada elemento y los poderes como capacidades otorgadas en la vida para poder dar lo mejor de uno a los otros. Él supo reconocer no solo la capacidad en los otros cuando estos no eran capaces de verlo, sino su propia capacidad para dar a los otros aquello que necesitan.

8.4.4 Conclusiones de la Etnografía 3.

Respecto de la experiencia en el Hospital de Día la arteterapeuta señala que “la acogida por parte de los profesionales es positiva aunque difícil: inicialmente hay un desconocimiento grande del trabajo que hacemos, y es tras la práctica real e integrada, marcando objetivos, evaluando y supervisando, que podemos mostrar el verdadero alcance de la Arteterapia. Por dificultades de presupuesto o apoyo, a veces los proyectos no tienen una permanencia a largo plazo, a pesar de haber mostrado frutos, lo que dificulta su verdadera integración como parte de los dispositivos de atención. Sería interesante analizar qué perfiles profesionales debe haber en las instituciones y buscar la manera de que los arteterapeutas tengan cabida en ellas”. (Serrano, 2015)

Dichos frutos son aceptados y valorados por el equipo. Para concluir con tal afirmación se ha considerado que el elemento ofrecido por la continuidad del proceso favorece la observación longitudinal de cada caso, apoyado en la mirada sostenida en el tiempo a través de las obras. Esto ofrece una posibilidad al

reconocimiento de los posibles símbolos, repeticiones, significados personales, narrativas, cambios, giros, resistencias, regresiones, dificultades, recursos, etc.

En relación con la dinámica grupal, las experiencias personales y grupales ofrecen posibilidades terapéuticas del encuentro, pero también del conflicto. A mayor riesgo, exposición y confrontación, mayor despliegue y puesta en juego de las capacidades (tolerancia a la frustración, resolución de conflictos, reconocimiento y gestión emocional, introspección, empatía,...). Se trabaja la identidad grupal, cuidando de forma más específica la estructura-encuadre de las sesiones: encuentro-desarrollo-cierre, y reforzando con ello el espacio de cierre compartido, como espacio de expresión de lo propio y escucha de los otros.

La atención a lo individual en el marco grupal favorece la vinculación con la obra, con la arteterapeuta, con el espacio, con el grupo y genera un espacio de autoconocimiento.



9. Análisis de los resultados

Los resultados obtenidos se entienden como devenidos de dos tipos diferenciados de datos, obtenidos a su vez, a partir de dos herramientas diferenciadas para la recolección de los mismos.

Ha quedado así el *marco empírico* estructurado en dos bloques diferenciados: los testimonios de los y las arteterapeutas que conforman la cartografía, y las etnografías en las que la investigadora ha tenido la oportunidad de sumergirse.

Analizados los resultados del pimer bloque se encuentran suficientes evidencias para cofirmar que las entrevistas semi-estructuradas (en este caso) y bajo otros formatos, son fuente primaria y en el momento actual de desarrollo de esta memoria, necesarias para el abordaje de aquellos proyectos de investigación que abordan temáticas referentes a la idenidad profesional y la metodología de intervención derivada de la práctica interdisciplinar.

El global de las entrevistas (N=30) se considera como muestra suficiente para que las conclusiones tengan la validez suficiente como para ser incorporadas a futuras investigaciones. Sin embargo, es una muestra que se considera aún insuficiente para conocer la realidad completa que de muestra de la práctica arteterapéutica profesional española.

De los resultados obtenidos en forma de respuesta, ha llamado la atención de la investigadora el elevado grado de consenso sobre aspectos claves por los que los y las profesionales han sido informados. Esto permite observar que existen, aún lejos de lo que pudiera parecer, abundantes puntos de encuentro entre las formaciones de origen y el desarrollo de la práctica arteterapéutica, así como del desarrollo de la supervisión y el trabajo personal (proceso terapéutico) de los y las arteterapeutas.

En cuanto a las variaciones producidas por el sesgo interpretativo de la doctoranda, se ha tratado de minimizar por un lado, extrayendo lo más posible la

textualidad de las citas de los y las entrevistados sin comprometer su anonimato; y por otro lado, incorporando el suficiente número de preguntas y lo suficientemente abiertas como para posibilitar el despliegue de narrativas específicas de los profesionales que adquieren sentido en experiencias únicas.

La detección de errores en la formulación de dichas preguntas ha generado algunos errores interpretativos por parte de un porcentaje mínimo de los y las entrevistados (aproximadamente un 10%), lo que ha restado posibilidad de aportación a la muestra.

Analizados posteriormente los resultados del segundo bloque se encuentran a su vez, suficientes evidencias para confirmar que más allá de la no continuidad de dos de las tres experiencias “etnografiadas” el arteterapia, *Etnografías 1 y 2*, la percepción de los y las pacientes, así como de los profesionales es que el arteterapia es una vía terapéutica de enorme potencial para la intervención con los menores en el ámbito clínico.

A su vez, la falta de continuidad y el haber podido comentar los elementos influyentes en tal decisión, arroja luz sobre las dificultades con las que los arteterapeutas se encuentran a la hora de ejercer su trabajo en iguales condiciones que el resto, así como la necesidad de apoyo estructural por parte de la gerencia de las instituciones.

De igual manera, se hace necesario el acompañamiento al resto de profesionales para que puedan conocer, comprender e integrar el arteterapia y sus profesionales, como lo hacen con el resto de compañeros.

Por último, del análisis del relato de la *Etnografía 3* y la descripción narrativa de los tres casos seleccionados, se encuentran evidencias suficientes para confirmar que el arteterapia es una disciplina efectiva en el acompañamiento de aquellos menores que presentan patologías mentales graves, les ofrece una vía de comunicación alternativa a la palabra, que es más efectiva tanto más compleja y grave es la patología; les permite la comprensión longitudinal de su proceso arteterapéutico y les confiere un papel en el espacio terapéutico desde la salud y la capacidad.

Se observa a su vez que la presencia de la obra y de la imagen registrada de la obra (en línea con la investigación basada en las artes) es un elemento de potencial terapéutico que se pone al servicio de las propias sesiones de arteterapia y por tanto de los propios pacientes, del trabajo del equipo terapéutico, y del trabajo de investigación necesario para el análisis y divulgación de la práctica.



10. Conclusiones

➤ Hipótesis general

La hipótesis general que sustenta la investigación sostiene que “el arteterapia integrado formalmente en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental infanto juvenil, supone un enriquecimiento en la mejora bio-psico-social de los niños y adolescentes implicados”.

Se puede iniciar este apartado de conclusiones estableciendo que la hipótesis general de partida de esta investigación encuentra respuesta y se confirma.

A dicha conclusión se puede llegar a través de tres vías:

- Tras una revisión de la literatura existente tanto en el ámbito nacional como a nivel internacional. Para ello, se han tenido en cuenta las experiencias a las que la literatura se refiere, tomándolas como referente para la observación y análisis.

- Tras en análisis cualitativo de las respuestas a las entrevistas realizadas a los y las profesionales y que pueden encontrarse en el apartado 8.1 de esta Tesis, subapartado 8.1.1: entrevistas a los arteterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinarios, y 8.1.2: entrevistas a otros profesionales que trabajan en equipos donde se integra un arteterapeuta.

- Tras en análisis cualitativo de las respuestas a las entrevistas realizadas a los y las profesionales y que pueden encontrarse en el apartado 8.1.2: entrevistas a otros profesionales que trabajan en equipos donde se integra un arteterapeuta.

Con especial atención se tienen en cuenta las respuestas del/la psiquiatra y del/la psicólogo/a clínica, ambos profesionales que trabajan en el contexto de la Etnografía 3 y que muestra la evolución longitudinal de tres casos clínicos, de tres pacientes con diagnóstico grave a quienes se ha acompañado a través del arteterapia a lo largo de su proceso de cambio y mejora.

- Tras la revisión de las etnografías contempladas en el marco empírico, específicamente la Etnografía 3, a la que se hace mención en el punto anterior.

Recapitulando y recogiendo aquellos elementos significativos estudiados en el marco empírico, que incluyen por una lado aquellos que se han extraído de las respuestas a las entrevistas mencionadas, junto con, por otro lado, las conclusiones derivadas del análisis de las tres etnografías comprendidas en dicho marco, se desprenden abundantes aportaciones y elementos que pueden ser tenidos en cuenta para el diseño de un **perfil clínico para los y las arteterapeutas** que deseen trabajar en el ámbito de la salud mental infanto juvenil.

Del compendio de intersecciones entre ellas se comprende que el o la arteterapeuta que trabaje en este ámbito ha de conocer en detalle el marco legislativo y asistencial desde lo macro a lo micro (país, comunidad, localidad,...), y que se describe en el marco teórico, a fin de conocer el entramado interdisciplinar en el que su trabajo habrá de integrarse y que sustenta la redacción de todos los documentos al respecto en España, consultados y analizados para la redacción de esta memoria.

Conocer supone al mismo tiempo la revisión de la literatura existente así como un profundo estudio de los elementos fundamentales de la teoría y práctica del arteterapia; el conocimiento del trabajo interdisciplinar y el alcance conceptual y práctico que supone; el conocimiento de los perfiles psicopatológicos; el conocimiento de los profesionales que se integran en las instituciones clínicas y el alcance de las intervenciones que desde cada una de ellas se realizan.ç

Al respecto de estos cuatro bloques se desarrollan los diferentes epígrafes que constituyen el *marco teórico*.

Todo ello redundará en un enriquecimiento en la mejora bio-psico-social de los niños y adolescentes implicados, beneficiarios últimos del diseño de la intervención.

Para ello, será necesaria la integración efectiva del arteterapia como disciplina en los protocolos y dispositivos de atención, y del arteterapeuta como

profesional, en los equipos interdisciplinares en el ámbito de la salud mental infante juvenil.

En el *marco empírico* se constata que dicha integración ya es una realidad efectiva en un número suficiente de instituciones, si bien no lo es la regulación de su práctica a nivel legislativo y/o institucional. Varias son las respuestas que aluden a esta realidad, y muestran que es más fácil la integración en el caso de perfiles duales por los que los y las arteterapeutas son contratados en la mayoría de ocasiones por la titulación diferente y no la de arteterapeuta.

Para el desarrollo de la intervención desde el arteterapia en población infante juvenil, con especial énfasis a la atención a la salud mental, se entiende indispensable el trabajo y coordinación con las familias de los niños, niñas y adolescentes en dos direcciones: por un lado, en mostrarles qué es arteterapia, cómo se trabaja y por qué puede ser especialmente beneficiosa para el trabajo con los y las menores; y por otro lado, para que se acompañen al proceso de cambio que se trata de promover en los menores.

De no ser así, en este ámbito específico, es probable que la dinámica tenga efectos distintos, y minimice el alcance y potencial de la misma.

Todo ello redundará en una mejor integración de los y las profesionales arteterapeutas en los equipos interdisciplinares en el ámbito de la salud mental infante juvenil, y habrán de desarrollarse las investigaciones futuras necesarias que contrasten y consoliden estas afirmaciones, conclusiones y hallazgos, para que sean integrados a la práctica futura así como al diseño de los contenidos de los programas formativos específicos en arteterapia.

Tal y como se recoge en el capítulo sobre metodología, aún resta por indagar y profundizar en el alcance de la metodología cualitativa interpretativa con el desarrollo de los instrumentos para la recogida y análisis de datos cualitativos que se desprenden de la observación sistematizada de la práctica.

De la hipótesis general se desprendieron seis subhipótesis que a su vez, han podido contestarse a lo largo de la investigación.

➤ **Sub-hipótesis 1**

La consolidación profesional del arteterapia en España enriquece los equipos psicoterapéuticos de salud mental.

Respecto de la primera subhipótesis se concluye que la consolidación profesional del arteterapia en nuestro país supone un avance en los equipos psicoterapéuticos de salud mental. Dicha afirmación ha sido contestada por los numerosos profesionales entrevistados, que son solo una parte de los que en la realidad desarrollan su trabajo, y fundamentalmente por aquellos profesionales no arteterapeutas que con ellos trabajan.

En general, existe la creencia de que el arteterapia brinda a los pacientes un espacio de acceso emocional a sus vivencias, más directo e inmediato que en otros espacios terapéuticos. Tal creencia es señalada por los y las profesionales psicólogos, psicólogas y psiquiatras en las respuestas a las entrevistas realizadas en las que de forma específica se preguntó por la aportación del arteterapia como disciplina integrada.

Dicha aportación es más valorada cuanto más difícil y complejo es el perfil clínico de los chicos y chicas con los que se interviene, pues supone un ejercicio de expresión y comunicación emocional que puede jugar un cambio significativo en los procesos individuales y grupales.

La resonancia creativa del proceso arteterapéutico brinda una posibilidad de apertura y expresión a los pacientes que les permite transitar su vida de una manera distinta hasta la ahora transitada. Ofrece un nuevo camino, una nueva forma de mirarse y una oportunidad para conocerse, comprenderse y re-crearse.

Dichos aspectos son evidenciados en el desarrollo de las Etnografías que se recogen en el marco empírico, además de ser señalados en los testimonios de los y las profesionales y en la literatura relativa a experiencias nacionales e internacionales.

Los tres casos que se incluyen en la Etnografía 3, son solo tres de los muchos casos con los que la investigadora ha podido constatar que la intervención

desde el arteterapia integrada en el dispositivo interdisciplinar de un Hospital de Día, repercute positivamente y beneficia a los pacientes, mejorando y potenciando la capacidad del equipo para atender a las necesidades de las personas.

Dichos casos fueron seleccionados por mostrar las diferentes fases de un proceso arteterapéutico de medio-largo recorrido, en el que se pueden observar y anotar cambios en el devenir de las sesiones, en el desarrollo y vinculación con la propia obra por parte de cada paciente, por la magnitud de la relación vincular con la arteterapeuta, por el discurso verbal que acompaña, etc. Tales cambios, giros y evidencias, fueron recogidos por la investigadora y sistematizados en los cuadernos desarrollados como parte del trabajo de campo propio de la aproximación etnográfica.

Así mismo, fueron integrados al global del seguimiento de los pacientes por parte del equipo terapéutico, que entiende el arteterapia como un espacio más de expresión del sí mismo, que ofrece una vía a los y las pacientes, si así o desean, para el despliegue de una nueva narrativa.

Estas últimas valoraciones han podido ser recogidas en el análisis de las conclusiones a las entrevistas (apartado 8) así como en el desarrollo narrativo de las respuestas de los y las arteterapeutas, así como de los otros/as profesionales.

En el caso de las *Etnografías 1 y 2*, si bien la no permanencia de los proyectos en las instituciones ha sido contemplada para el desarrollo de esta investigación como una *experiencia de fracaso constituyente* al no mantener en indicador de permanencia y temporalidad, las valoraciones sobre la aportación del arteterapia en el enriquecimiento de los equipos psicoterapéuticos de salud mental es evidente y positiva, si bien generó elementos de inseguridad en algunos de los perfiles profesionales que habría de revisarse y acompañarse de cara al reconocimiento y fortalecimiento de la identidad profesional de los y las arteterapeutas.

➤ **Sub-hipótesis 2**

Las experiencias clínicas y su análisis multidisciplinar ofrecen un modelo para la integración y desarrollo metodológico del arteterapia en los equipos interdisciplinarios.

En relación con la segunda subhipótesis, esta se confirma dado que las experiencias existentes de integración, bien sea por su continuidad o no, constituyen modelos referenciales de los que se han de extraer las conclusiones suficientes como para lograr definir una propuesta o modelo de integración clínica interdisciplinaria y una metodología acorde a ese proceso de integración paulatina.

La interdisciplinariedad como marco metodológico se entiende tras el desarrollo de esta investigación como el mejor modo para alcanzar el necesario reconocimiento de la disciplina. Así ha sido en otros países en un proceso similar al que se sigue en España y como referencia parece señalar que así habrá de ser en el contexto nacional.

Tales conclusiones se desprenden del global de esta memoria, pero se desarrollan con especial detalle en el análisis cualitativo-narrativo de las respuestas a las entrevistas realizadas. Por el diseño de la propia entrevista, se generó una cantidad suficiente de información, detallada a un nivel heterogéneo lo suficientemente rico como para abordar todos los aspectos que fueron considerados significativos por la investigadora. Estos fueron: salud mental (salud mental infanto juvenil, terapia); equipo (comunicación, confianza y confidencialidad, informes, integración, interdisciplinar, objetivos, reuniones y vínculo); análisis de datos (triangulación); marco teórico-conceptual (intervención, metodología y modelo); arteterapia como disciplina (aportación del arteterapia, arteterapeuta, encuadre, identidad, debilidades, fortalezas) y obra; y conclusiones.

De todos los elementos implicados en el trabajo en equipo, aquellos relativos a una profunda comunicación entre profesionales, así como la confianza y el compromiso ético, son considerados los más valorados, junto con el compartir y definir objetivos comunes para la intervención con los pacientes.

La coordinación entre los y las profesionales y su capacidad para compartir conocimiento e información entre las disciplinas son consideradas como la forma más efectiva para mejorar los tratamientos integrales y reducir la inseguridad profesional y la distancia entre los y las profesionales que trabajan juntos en un equipo interdisciplinar.

Las reuniones semanales, el acceso a las historias clínicas de los pacientes y la supervisión interna y externa resultan fundamentales para la evolución del proceso terapéutico y el reajuste de las posibles desviaciones. Las instituciones serán quienes provean de tal supervisión como parte de las necesidades del trabajo en equipo.

El proceso de vinculación entre los y las profesionales resulta necesario, desde un punto de vista personal y profesional, de cara al compromiso en el trabajo conjunto y a un mejor alcance en la comunicación.

De ser posible, el conocimiento directo de los y las profesionales implicados en los centros de trabajo, mediante encuentros e entrevistas en las que se produzca el suficiente intercambio que aclare el máximo de dudas posibles, así como el desarrollo de una supervisión sistematizada brindada por las instituciones, redundará en la mejora del alcance del trabajo de los equipos y por extensión, en los y las pacientes beneficiarios de dichas intervenciones.

Los profesionales en los equipos clínicos valoran el arteterapia por ofrecer a los pacientes una vía efectiva de comunicación que amplifica la intervención integral en salud mental. Las instituciones deberán proporcionar condiciones laborales igualitarias a los del resto de profesionales del equipo para que los y las menores se beneficien de dichas intervenciones.

➤ Sub-hipótesis 3

Las valoraciones y testimonios de los profesionales son una fuente primaria necesaria para la comprensión de los elementos y factores que definen dicho modelo de intervención desde el arteterapia integrada en los

equipos interdisciplinarios en el marco de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil.

De las herramientas para la recogida de datos que son base fundamental del trabajo del investigador en el paradigma constructivista interpretativo, han resultado fundamentales para el desarrollo de esta investigación las valoraciones y testimonios de los profesionales recogidos en las entrevistas planteadas. Al respecto ya se han señalado conclusiones significativas en el apartado anterior que ahora se completan.

De ellas, contempladas en la primera parte del *marco empírico* de esta investigación con especial atención a las conclusiones planteadas por los y las profesionales, se ha podido concluir que existen determinados elementos y factores que son necesarios y deseables para la correcta integración disciplinar del arteterapia y su concreción práctica en los equipos de trabajo. No se trata así de comenzar de cero un camino, sino de observar y analizar cómo el arteterapia puede sumarse al trabajo de los profesionales clínicos en las instituciones.

Y en ese mismo proceso, encontrar por fin un status profesional claro que iguale en derechos y deberes a los y las profesionales arteterapeutas al resto de disciplinas.

Para el diseño de dichas entrevistas se ha realizado una profunda revisión de la literatura existente, así como de otras memorias de Tesis presentadas con anterioridad por otros y otras arteterapeutas profesionales. Se desprende de tal ejercicio explicitado en el epígrafe sobre metodología, que las entrevistas permiten a los y las investigadores alcanzar un nivel de profundidad elevado en lo relativo a la información significativa que se puede extraer de los testimonios considerados primarios, los de los y las arteterapeutas, y los de los y las profesionales que trabajan con ellos.

En dichas entrevistas se persigue conocer los matices asociados a cada institución, cada grupo, cada disciplina, cada profesional y cada caso, trabajo minucioso que conlleva tiempo y reporta beneficios al conjunto. Desde ahí, se persigue una siempre limitada generalización de los resultados para entender

finalmente si es tal la aportación de la disciplina como se desprende de los testimonios y de los casos, y de sí confirmarse, qué modelo de integración se persigue para su estabilización profesional.

De esta manera resultará factible diferenciar desde dónde y con qué herramientas se busca complementar dicha intervención en arteterapia en el contexto descrito. Dichas herramientas deben ser conocidas y comprendidas por el resto de profesionales. A menudo el desconocimiento entre ellos y ellas, de lo que hacen concretamente en la puerta cerrada de sus sesiones, resta posibilidades a la suma de las disciplinas que comprenden los equipos.

Así mismo, se puede empezar a considerar la implementación de las herramientas de investigación a la clínica, en un proceso gradual que evalúe el trabajo global, no desde el juicio sino desde el potencial de crecimiento compartido.

Volviendo a las entrevistas como fuentes de información primaria, la enorme cantidad de datos y apreciaciones obtenidos ha sido fruto del análisis realizado con el programa informático NVivo 10, que ha proporcionado a la investigadora una amplitud mayor en las dimensiones de las pretensiones iniciales que había señalado para el desarrollo de las entrevistas, y de la propia investigación.

A su vez, se considera parte del desarrollo de las etnografías incluidas en la segunda parte del marco empírico, el propio testimonio de la investigadora como participante en la experiencia descrita y fuente primaria de investigación, que sirve de nexo y relación entre las voces de los y las profesionales y la propia voz emergente de la práctica. Dicho testimonio se evidencia en la descripción narrativa de las etnografías y con especial concreción en la descripción de los tres estudios de caso.

Por tanto son estas herramientas a su vez fundamentales para el desarrollo de esta investigación, de las futuras investigaciones que se contemplan en el punto sobre la investigación futura y otras posibles.

A ellas, habrán de sumarse otras procedentes de diferentes paradigmas que completen y amplíen la mirada y el entendimiento del alcance del arteterapia como disciplina.

➤ **Sub-hipótesis 4**

El proceso de integración de los profesionales arteterapeutas en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental conlleva un proceso de vinculación profesional e investigadora que evoluciona en fases, en las que ciertos indicadores permiten observar indicios de buen o mal pronóstico.

Dicha sub-hipótesis se contesta en el desarrollo de la investigación, con especial atención a dos aspectos:

- Por un lado, a las fases propias de la metodología que da marco a esta tesis y que se contempla en el apartado sobre metodología.
- Por otro lado, a las respuestas sobre el aspecto concreto por el que los y las profesionales fueron cuestionados.

Lo relativo a la vinculación entre los profesionales genera ricas respuestas pero no definitorias, variadas en función de la percepción de cada profesional, en parte por lo inconcluso de su alcance desde su mismo planteamiento, algo intangible y relativo a las experiencias vinculares fundantes y que posteriormente se mantienen, confirman, modifican, etc. en función de nuevas experiencias vinculares.

Esto es señalado por los y las profesionales como la condición humana e irrenunciable de quiénes trabajan con personas. Y por ello, resulta un aspecto señalado a trabajar en lo relativo a la dimensión vincular de la relación entre dos o más profesionales, que no solo se apoya en el intercambio del saber y el respeto mutuo, sino que incluye aspectos personales que pueden ser revisados en los espacios de supervisión conjunta que algunas de las instituciones proporcionan y que todas ellas deberían en un futuro cercano proporcionar.

Este trabajo a su vez permite observar y conocer aspectos de la dimensión vincular presentes en la relación arteterapéutica, tanto con el paciente como con la obra, fundamentales para el proceso terapéutico y generadoras de posibles cambios.

➤ Sub-hipótesis 5

La metodología cualitativa de investigación se define como la metodología más adecuada para evaluar los beneficios del arteterapia en el marco de la salud mental, con especial atención a la salud mental infanto juvenil.

Por la utilidad encontrada en las herramientas empleadas para la recogida de los datos, así como para su análisis en relación con las teorías que la sustentan, la metodología cualitativa de investigación ha permitido completar las fases del proceso de investigación con un cierto índice de alcance satisfactorio o éxito.

Se desprende tal afirmación del análisis de la literatura existente, puesto en relación con los antecedentes señalados en la

Atendiendo a aquellos aspectos analizados de su naturaleza (formación, trayectoria, potencialidades,...) el fortalecimiento de la identidad profesional del arteterapeuta debe ser para las y los profesionales arteterapeutas en nuestro país, uno de los principales objetivos de la práctica profesional vinculado a la investigación.

El posicionamiento desde dicha perspectiva permitirá aunar fuerzas y conocimientos para el desarrollo del cuerpo teórico referencial del arteterapia. La unión en las necesidades y objetivos profesionales ha de ser punto de partida para la conformación de un cuerpo investigador para la disciplina.

Las particularidades propias del arteterapia, por encima de suponer una mayor dificultad, deben inspirar y motivar a los profesionales en la búsqueda de metodologías de intervención y de investigación propias, que beban de aquellos

elementos enriquecedores para ella de los paradigmas presentes en el ámbito de investigación.

Por la naturaleza del arteterapia, la investigación no debe ser sólo de índole doctoral, sino que se deben aplicar métodos de investigación factibles a las prácticas que actualmente se vienen desarrollando y que permitan constatar la efectividad como intervención terapéutica. La mirada del arteterapeuta investigador deber primar en ese paradigma.

La metodología etnográfica en su sentido de observación participativa, permite atender a aspectos de la realidad multidimensionales, que permiten comprender la “realidad” de lo acontecido en los contextos en función de los elementos en ellos presentes.

➤ **Sub-hipótesis 6**

La metodología cualitativa de investigación permite detectar fortalezas y debilidades del arteterapia en relación con el resto de disciplinas presentes en los equipos interdisciplinarios, que pueden apoyar y ampliar la intervención con los niños y adolescentes hacia una mejora bio-psico-social, dejando ver a su vez las necesidades para la formación continuada y ajuste del perfil profesional de los arteterapeutas.

La última de las sub-hipótesis se da por contestada de forma satisfactoria. Tal conclusión se desprende del hecho de que gracias a la elección del marco metodológico cualitativo, se han podido desenmarañar, discernir y contretar, las fortalezas y debilidades del arteterapia como disciplina, entendidas estas como puntos a consolidar o a revisar.

A ellas podrán y deberán, en opinión de la investigadora, ajustarse los planes de formación y formación continuada para la concreción de los perfiles profesionales que habrán de responder cada vez de forma más específica a cada

uno de los contextos de intervención, en una realidad compleja que demanda respuestas ricas y heterogéneas de parte de los y las profesionales implicados.

Esto hará que su presencia en los equipos interdisciplinarios en el sistema público y privado para la atención a los niños y adolescentes en el ámbito de la salud mental, y no solo de esta, sea cada vez mayor y pueda seguir analizándose.

De esa forma se logrará valorar hasta qué punto esto supone o no el avance que aquí se propone y si es la interdisciplinariedad la metodología adecuada para dicha integración, acorde a la naturaleza del arteterapia como disciplina, afirmación que aquí se sostiene.

Para dicho análisis ha resultado imprescindible ceñirse al marco de realidad de los profesionales a través de las entrevistas, etnografías y estudios de caso, junto con la revisión de la literatura, en los aspectos relativos a las cosas que están funcionando bien pero sobre todo, en aquellos aspectos que no están funcionando bien y que de hecho están dificultando la integración efectiva del arteterapia en los equipos y de alguna manera, el reconocimiento completo de la profesión al menos en las instituciones de las que ya es parte, pero por extensión, en todas las demás.

El *marco teórico* fundamenta a su vez la comprensión de la importancia del trabajo con personas, con menores, desde el arteterapia y para la lucha profesional.

Por último, se han concluido y ofrecido a la comunidad algunas aportaciones específicas del arteterapia la atención integral de los pacientes en la clínica infanto juvenil en el ámbito de la salud mental que ayudan a compensar las posibles debilidades e inseguridades que como cualquier disciplina joven, el arteterapia presenta, y que se evidencian en el encuentro e intercambio interdisciplinar con otros profesionales.

Es necesario el reconocimiento oficial de la disciplina para clarificar la identidad profesional de los y las arteterapeutas y visibilizar el trabajo que desde hace más de una década se viene desarrollando en el país de forma rigurosa y sistematizada, y regularizar así su práctica.

Se ha constatado pues tras el desarrollo de la investigación que el arteterapia es y debe ser parte de los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico, con especial atención a la clínica infanto juvenil, y que a su vez, la articulación del trabajo terapéutico conjunto en ese sentido, potencia sus posibilidades y alcance.

La interdisciplinariedad es en la actualidad, la metodología más acorde (tanto en la intervención, como en la formación y en la investigación) a las necesidades presentes en la sociedad contemporánea y en la clínica, que en último lugar, trata de acoger el sufrimiento de dicha sociedad.

Todas las aportaciones que las y los investigadores podamos hacer no son sino pequeños impulsos en el camino, que empujarán a otros a continuar la trayectoria común.



11. Aportaciones

Como ya se señala en la introducción a esta investigación, a lo largo de estos capítulos se ha tratado de formular las preguntas pertinentes y relevantes para el ejercicio de la profesión de arteterapeuta.

Para articular una posible respuesta se he desarrollado la investigación cuya última finalidad era la de aportar y establecer unos parámetros fundamentales, que puedan ser parte de un protocolo de intervención metodológica de cara a la integración del arteterapia en los equipos interdisciplinares presentes en las instituciones del país, tanto en los diferentes ámbitos de intervención como en el cuerpo investigador de la propia disciplina.

En esa línea, se ha de considerar el trabajo comparativo que hace falta llevar a cabo en otras instituciones clínicas (y otros contextos) para poder extraer y extrapolar de las observaciones realizadas, aquellos elementos que se repiten de forma positiva y efectiva y que ayudan a una verdadera integración del arteterapia, ya como profesión consolidada. De igual manera, la revisión de estas experiencias permitirá la detección preventiva de aquellos aspectos que puedan estar dificultando e incluso impidiendo, la natural integración del arteterapia en los equipos de trabajo, y la mejora de las intervenciones que realizan.

De esta integración efectiva y en iguales condiciones al resto de los y las profesionales para los cuáles las instituciones ofertan plazas laborales, se desprenderán diseños y protocolos específicos para la atención a las patologías y perfiles concretos que presenta la clínica y por extensión, la realidad social, tal y como nos hemos referido a los protocolos establecidos por el sistema de salud inglés en los que el arteterapia es tenida en cuenta como una disciplina específica en determinados casos, fases o situaciones, como habitualmente se hace con la psicología, la psicoterapia, la farmacología, la terapia ocupacional, etc.

La posición participante y activa para la investigación deberá seguir siendo a ojos de la investigadora, la del y la arteterapeuta inmerso en la realidad que

describe e investiga, desde la práctica profesional en todas sus fases y procesos vinculados a la investigación: desde la formulación de las preguntas de investigación, la recogida de los datos y el análisis de los mismos, la revisión de la literatura y las fuentes nacionales e internacionales, y la acción-reflexión empírica.

En su conjunto, la investigación perseguirá constituir una entidad teórica que ayude a dar solidez y perspectiva en el tiempo al trabajo ya no tan novedoso, puntual y minoritario como solía considerarse, de los y las arteterapeutas en este país.

Tras la enumeración de las reflexiones-conclusiones de la investigación en capítulos anteriores, y por todo lo descrito hasta aquí, la investigadora se permite definir la experiencia descrita como una experiencia de aprendizaje constituyente en función de unos indicadores tenidos en cuenta para la observación sistemática y que como tales, han ido evolucionando positivamente en un periodo de cinco años, tiempo transcurrido desde su inicio tras la defensa del DEA que precede a la Tesis.

Indicadores de cuyo análisis ya se pueden desprender una serie de parámetros bajo los cuáles, o mejor dicho, de darse éstos, la integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico es posible y aconsejable.

Éstos son:

- Sistematización, periodicidad y fluidez en la comunicación entre los miembros del equipo interdisciplinar.
- Acceso a la historia de los y las pacientes, así como a aquellas informaciones pertinentes y relevantes surgidas del desarrollo del proceso terapéutico integral, al que las valoraciones y observaciones acerca del paciente en arteterapia deberán incorporarse, incluida bajo determinados parámetros, la obra y producción artística.
- Libertad, autonomía y reconocimiento en el ejercicio pleno de la profesión en igualdad de condiciones entre todas las disciplinas.

- Conocimiento mutuo de las disciplinas presentes en el dispositivo interdisciplinar, revisada en los espacios de supervisión que habrán de ser provistos por las instituciones.
- Vinculación personal-profesional entre los y las profesionales de las disciplinas integrantes del equipo interdisciplinar, revisada en los espacios de supervisión que habrán de ser provistos por las instituciones.
- Formación continuada de todos los miembros del equipo en aquellos aspectos de la práctica propia e interdisciplinaria que puedan ser enriquecedores y relevantes para la fundamentación y consolidación de las disciplinas en un contexto como el descrito y que les ocupa.
- Ajuste en los objetivos terapéuticos comunes.
- Reencuadre de los casos en función del avance y evolución de los y las pacientes en las diferentes disciplinas presentes en los dispositivos interdisciplinares.
- Diseño de protocolos para la atención y abordaje de determinados pacientes, perfiles y grupos, dentro del contexto específico.
- Equilibrio entre la confidencialidad y el intercambio de información, con especial atención a lo relativo a las producciones artísticas desarrolladas en arteterapia.
- Concepción integral de la persona (bio-pico-social) compartida y consensuada con el resto de miembros del equipo.
- Concepción integradora de la intervención terapéutica.
- Concepción del equipo interdisciplinar no como la suma de las diferentes disciplinas, sino como herramienta independiente de trabajo y método propio de intervención.

Desde la actual posición, la investigadora se ve reforzada en los planteamientos y cuestionamientos señalados en el germen de esta investigación. Estima valiosa la aportación realizada al desenmarañar todos estos aspectos relativos al ejercicio profesional que tan a menudo son fruto de preocupación e inseguridad por parte de los profesionales arteterapeutas.

Además, haber podido mostrar el desarrollo de estudios de caso de evolución favorable, en los cuáles ha influido la existencia de un equipo interdisciplinar que incluye arteterapia entre las disciplinas que ofrece, redundando en la valoración positiva de dicha aportación.

Conocer en detalle la evolución de determinados casos de intervención a medio-largo plazo, incluidas las producciones artísticas, se considera una aportación relevante a los profesionales arteterapeutas, a otros profesionales interesados y todos y todas aquellas personas interesadas en conocer de cerca un ejemplo del trabajo que se realiza con menores en el ámbito de la salud mental infanto juvenil. Es una manera, una forma de hacer, puesta al servicio de la revisión y la reflexión.

Poder diseñar modelos de integración específicos para la inclusión del arteterapia en las instituciones clínicas, conociendo experiencias previas similares, generará un mayor conocimiento de la disciplina y quizás una mejor y más clara visibilidad de la naturaleza, métodos y posibilidades de la misma.

Extrapolar en un tiempo futuro las conclusiones obtenidas a otros contextos de realidad, mejorará el perfil profesional y formativo de los arteterapeutas, haciéndoles más capaces para responder a la demanda de la clínica en la atención a la salud mental de las personas.



12. Investigación futura

12.1 Integración en los contextos social, hospitalario y educativo.

Tras la redacción de esta tesis y el desarrollo y análisis de las conclusiones, muchas preguntas se han tratado de responder, algunas de ellas sin duda permanecerán a la búsqueda de una respuesta, y muchas nuevas probablemente hayan surgido, lo que responde a la intención y naturaleza propias de la metodología cualitativa de investigación, paradigma en el que se integra este trabajo.

Tiene sentido pensar prospectivamente en ello, ampliando horizontes más allá del ámbito clínico para ahondar en las posibilidades de la interdisciplinariedad como entramado metodológico del que el arteterapia persigue ser parte, y los profesionales arteterapeutas en su nombre. Y a su vez, analizar hasta qué punto tal investigación apoyará el reconocimiento oficial de la profesión en España.

Tras el análisis de la literatura y su hilado con las experiencias integradas en el marco empírico en esta tesis, resulta evidente y necesario señalar que en aquellos países donde la disciplina es más conocida y reconocida por los y las usuarias, los y las pacientes y las instituciones, los beneficios y potencialidad son mayores. Tal afirmación se sostiene en la creencia de que cuanto más revisada es la práctica, más rigurosa y segura deviene, lo que por un lado protege a los usuarios y usuarias y por otro, fortalece la disciplina.

A ello contribuye sin ninguna duda la continuidad en los tratamientos ofrecidos a las personas con las que trabajamos y la cada vez mayor especificidad de las intervenciones ajustadas a los perfiles y a los marcos contextuales en los que se desarrolla dicha intervención (teórico-metodológico, institucionales, etc.).

Esto presenta nuevos interrogantes para la continuidad de la investigación que habrán de encontrar respuesta en la indagación en otros marcos contextuales y otras experiencias relativas a ellos. Tales son el marco hospitalario, el marco

educativo y el marco social. A lo específico del marco hospitalario la arteterapeuta Caty Malchiodi (2012) se refiere en la literatura como *medical art therapy*, y sobre la integración del arteterapia en el contexto específico la arteterapeuta señala que cuando “el arteterapia médica se incluye como parte del tratamiento del equipo, la expresión artística es usada por los niños para comunicar sus percepciones, necesidades y deseos, a los profesionales que cuidan de ellos”. Y añade un aspecto aún más concreto, relativo a la formación y capacidades específicas que el arteterapeuta en este contexto ha de tener, señalando que:

El arteterapeuta médico ha sido entrenado en evaluar las fortalezas de cada paciente, en función de su estilo y su desarrollo cognitivo. La información a la que se accede a través de las producciones artísticas resulta de un valor incalculable para el equipo terapéutico que trata de atender a la persona en su globalidad y no solo en su enfermedad y diagnóstico. (Malchiodi, 2012, p.222)

Para ello, y siguiendo como punto de partida y referencia (cuestionable, modificable, analizable, etc.) las fases contempladas en esta investigación, habrá de analizarse la literatura existente y desarrollarse las experiencias prácticas necesarias para la observación de los parámetros específicos que habrán de ser tenidos en cuenta para la integración del arteterapia como disciplina específica en cada uno de dichos contextos.

Existen para cada uno de ellos referentes nacionales e internacionales que guiarán y contrastarán el proceso de observación sistematizada. Poniendo un ejemplo de dichos marcos referenciales para la investigación se menciona aquí el caso finlandés en lo relativo a la educación en el que tal y como señala la arteterapeuta Päivi-Maria Hautala:

El rol de los arteterapeutas difiere mucho de uno a otro. Algunos de ellos trabajan como profesores y usan métodos y herramientas arteterapéuticas en su trabajo. En estos casos, el arteterapia rara vez es mencionado en el currículum, y puede enseñarse como un trabajo escondido. En contraste con ello, algunos arteterapeutas trabajan en los centros como visitantes. Este

trabajo puede desarrollarse como parte del horario normalizado de la escuela o en el horario extraescolar. (Hautala, 2011, p.2).

En cualquiera de los casos, la arteterapeuta sitúa su trabajo en un intento por explorar las posibilidades de la integración del arteterapia en las escuelas, entrevistando para su investigación a arteterapeutas profesionales que se encuentran en ejercicio en dicho contexto. Señala entre sus conclusiones una similar a la que se extrae de esta tesis, y en la que evidencia que:

En muchas escuelas el arteterapeuta es miembro de la plantilla. En la teoría, eso implica que el arteterapeuta puede brindar su propia perspectiva individual a las reuniones de equipo y contribuir a ofrecer un apoyo integral a los estudiantes. En la práctica, sin embargo, la mayoría de arteterapeutas trabajan a tiempo parcial y resulta difícil para ellos acudir a las reuniones, aspecto que en la presente investigación se considera necesario e irrenunciable. (*Ibíd.*).

Dicha mirada reflexiva hacia la realidad de cada práctica será completamente necesaria en cada uno de los contextos y tal y como señala la arteterapeuta Frances Kaplan respecto del marco social como campo de acción para el arteterapia:

Va implícito en arteterapia como investigación-acción una comprensión de la individualidad en la que se dan de manera interdependiente múltiples niveles de experiencia- esto es la dimensión psicológica-política, ecológica-económica, cultural-social, corporal y espiritual, que se entrelazan y se interconectan. Desde esta perspectiva de la personalidad, los arteterapeutas se beneficiarían de la franqueza de un acercamiento multidisciplinar en el que se busca el conocimiento y las técnicas de otras disciplinas y el trabajo desde el arteterapia se lleva a cabo con una conciencia de mayor complejidad de la que su propia práctica es solo una parte. Dado que el arteterapia se da en un espectro de interdependencia multidimensional, se potencia su habilidad para hacer efectiva la reconciliación y transformación cuando actúa de forma creativa de forma complementaria a otras formas de cambio. (Kaplan, 2007, p.33-34).

Resulta evidente tras la experiencia desarrollada para esta Tesis y tantos otros antecedentes, que entre las herramientas de investigación, las entrevistas a arteterapeutas profesionales que desarrollan su trabajo en dichos contextos, se establecen como un rico instrumento y fuente primaria para la recogida de datos y evidencias válidas, extraídas directamente de la propia experiencia de intervención de dichos profesionales. Tales testimonios son de enorme valor para ser tenidos en cuenta de nuevo en una futura investigación.

A ellos se suman las entrevistas a otros y otras profesionales presentes en las instituciones en los diferentes contextos, como parte de los equipos educativos, médicos o sociales, que completan la mirada multidimensional hacia la realidad del arteterapia.

Para el análisis de los datos se destaca la aplicación del software NVivo utilizado en esta tesis y en el que se seguirá explorando en una futura investigación, ampliando el rango de análisis a una mayor variedad de documentos fuente: recursos audiovisuales, sonoros y visuales (fotografías, dibujos, esquemas, etc.), defendiendo la validez y fiabilidad de las conclusiones extraídas de las investigaciones cualitativas, y promoviendo herramientas para la validez en el paradigma cualitativo. Esto sin duda ahondará en el desarrollo del marco teórico-práctico del arteterapia.

Subyace a tal investigación futura la creencia de que la ampliación de este análisis a todos los contextos donde el arteterapia se integra permitirá la creación de un mapa profesional más claro, en el que todas aquellas personas interesadas en acercarse a la disciplina (usuarios y usuarias, contratantes, políticos, profesionales, etc.)puedan encontrar respuestas concretas a qué es lo que se hace en arteterapia, cómo se hace, con qué objetivos y bajo qué parámetros dentro de los marcos institucionales encargados de proporcionar los servicios generales básicos de atención a las personas.

Igualmente, se mantendrá actualizada la revisión y aplicación de aquellos aspectos observados en esta investigación que puedan ser contemplados como

referencias-guía, y en ese sentido, modelos de integración del arteterapeuta en los equipos clínicos.

12.2 Modelos de integración y seguimiento en equipos para las instituciones.

Se han mencionado brevemente en el anterior epígrafe algunas de las cualidades y capacidades específicas de cada uno de los perfiles profesionales que mejor se ajustan a la realidad de cada uno de los contextos. En la actualidad, dichas cualidades y capacidades específicas se inician en las formaciones de postgrado y másters en arteterapia y terapias artísticas, pero se adquieren fundamentalmente en el ejercicio profesional, dada la insuficiencia en la formación específica de cada uno de los perfiles que se ha observado y se desprende de los testimonios de los y las profesionales.

Se propone desde esta investigación el diseño de itinerarios formativos que si bien preparen a los y las arteterapeutas para el desarrollo de su trabajo bajo unos parámetros éticos fundamentales sea cual fuere el caso o realidad a la que se enfrentan, les inicien con mayor profundidad en el entendimiento de la naturaleza distinta de cada contexto, de las realidades que alberga y de los más efectivos protocolos y modelos de actuación que pueden diseñarse y de los que el arteterapia habrá de ser parte.

Tal necesidad se ha visto reflejada en la investigación en lo relativo al marco de la salud mental, en el que algunos de los y las profesionales señalan la necesidad de que los y las arteterapeutas que se adentran en el ámbito clínico para el desarrollo de su trabajo, tengan una formación complementaria y específica de psicopatología, psicoterapia e intervención terapéutica clínica, que les acerque en el desarrollo del trabajo. Esto ahondará en una mejor y más ajustada praxis en dos líneas fundamentales:

- La primera, compartir una terminología básica fundamental y conocer la dimensión conceptual a ella asociada en cada caso. Este aspecto favorece el

desarrollo del trabajo en equipo y debe ser el punto de partida fundamental para una metodología interdisciplinar. Esto conlleva saber de qué estamos hablando cuando nos referimos de forma específica a algo, empezando por la propia concepción de la salud y de la salud mental, y que todas las personas que componen un equipo conozcan y compartan, en la medida de las posibilidades, dicha concepción.

- La segunda, reafirmar que desde una posición que apuesta por la interdisciplinariedad como vía metodológica para la intervención integral, ninguna disciplina por sí sola puede responder a todas las necesidades del ser humano ni abarcar todas las dimensiones de la persona y su existencia, siendo más efectiva su intervención en contacto con los conocimientos derivados de la cercanía a otras disciplinas con las que comparte su hacer.

De la mejor estructuración de las formaciones en arteterapia cada vez más acordes a una realidad profesional ética y rigurosa se desprenderán profesionales cada vez mejor formados y más competentes y capaces de desarrollar su trabajo, y a su vez, las instituciones podrán diseñar puestos de trabajo específicos que encajen con los modelos institucionales que albergan, integrando el arteterapia como disciplina en los equipos de trabajo que los componen.

Para apoyar ese camino se plantea el diseño de la revisión de los diferentes modelos de integración aquí planteados para el planteamiento de un nuevo modelo más acorde a cada realidad, en formato de guía de recursos, que se pueda hacer llegar a las instituciones para que conozcan las aportaciones específicas del arteterapia y los y las arteterapeutas.



13. Referencias bibliográficas

➤ Libros y artículos

- Abad, J. (2008). El placer y el displacer en el juego espontáneo infantil. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.:3*. Páginas 167-188 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Adalid, L. G. (2012). Memoria, paisaje, territorio. Catálogo exposición Ayuntamiento de Cartagena, Concejalía de Cultura.
- Albamonte M. A., Bermejo V., Ferrándiz C., Guijarro F., Montes I., Palop M. y Sánchez M. (1991) La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, Revista 11-12, 109-135
- Alcamí, M. (2010). *Un modelo de hospital de día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones*. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Revista 50, 209-223.
- Alcamí, M. (2005). El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. En Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Revista 39-40, 5-30.
- Alonso, M. (2012). *Mujeres y arteterapia*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España. Recuperado de (<http://eprints.ucm.es/16737/1/T34015.pdf>)
- Avellón Calvo, M. (2007) *Sin letras no hay palabras. Marcas en el cuerpo: agujeros en el alma*, Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente; 43/44, 79-88
- Ballenato Prieto, G. (2005). Trabajo en equipo. Dinámica y participación en los grupos. Madrid, Pirámide.
- Barudy, J. y Dantagman, M. (2005). Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Gedisa Editorial.

- Barudy, J. Los buenos tratos y la resiliencia infantil en la prevención de los trastornos del comportamiento. Conferencia III Congreso de trastornos del comportamiento en la familia y en la escuela. Fundación O'belén
- Beà, N., Torras, E. (1994) *El desarrollo de la identidad en el tratamiento de niños pequeños*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
- Bokler, E. (2010). Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: Propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, Revista 50, 197-207.
- Bokler, E. (2010). Evaluación del niño grave: dos o más en consulta. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39-40, 79-96.
- Bonilla, A. (2006) El Acto de Borrar. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 1. Páginas 75-77. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Bordons, M. y Zulueta, M. (2002) La interdisciplinariedad en los grupos españoles de investigación en el área cardiovascular. En *Revista Española de Cardiología*. Vol. 55 Núm.09
- Bowlby, J. (198). *El apego y la pérdida*. Barcelona. Paidós.
- Carrasco Mallén, M El futuro de la investigación en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2007;5(2):237-57
- Cembranos, F. y Medina, J. A. (2011). Grupos inteligentes. Teoría y práctica del trabajo en equipo. Popular, Madrid.
- Chicharro, F.. El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo? En *Norte de salud mental*.nº 27/2007/PAG 95-100
- Colina, F. (2013). Sobre la locura. Cuatro ediciones. Madrid.

- Cuadrado, A. (2012). *El canto en las aulas de música de educación primaria: un análisis interpretativo de diversas prácticas docentes* (Tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Cury, M. (2006). *Trama y psicosis, una visión desde el arteterapia*. (Diploma de Estudios Avanzados inédito). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Cury, M. (2007). *Tras el silencio*. En Revista de Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 71 Vol. 2 (2007): 71-86
- Cury, M. (2010) La identidad fragmentada: Arteterapia, una vía para la integración. Ponencia en la 8ª Edición de los Cursos de Verano. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Cury, M. (2010) Extracto de entrevista realizada. Madrid.
- Cury, M., y Masini, C. (2012). Impacto de la Violencia Intrafamiliar y de Género en el Desarrollo Vital de la Mujer con Enfermedad Mental. En Revista de Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.7: páginas 97-114. Madrid. Servicio de publicaciones UCM
- Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona. Herder.
- De Aramburu, T. (2014). Estado actual del Arteterapia en España. Un estudio piloto, "Formación y profesionalización en la Comunidad de Madrid". (Trabajo de Fin de Máster). Universidad de Valladolid, Facultas de Educación y Trabajo Social, España. Recuperado de (<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7842/1/TFM-G%20344.pdf>)
- Del Río, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España. Recuperado de (<http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t29445.pdf>)
- Dubowski, J. (2010). *Arts Therapy for the 21st Century*. (2013, julio). Ponencia I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA, Girona.
- Edwards, D. (2004-2014). *Art Therapy*. London. SAGE.

Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Recuperado el 17 de Mayo de 2015 de:

<http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

Farías, A. (2007). Arteterapia en Argentina: una historia, un relato, una versión. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 2. Páginas 99-202. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Farías, A. (2013, julio). Arte terapia en relación a la evaluación de prácticas y evaluación en la práctica. Comunicación presentada en las XI Jornadas de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales Universidad de Jujuy, Argentina.

FEAPA (Edit.) (2015). Reflexiones acerca de la supervisión en arteterapia. Colección Fundamentos. FEAPA, Madrid.

Fiorini, H. Formaciones de procesos terciarios. Una tónica del psiquismo creador. Madrid. Paidós, psicología profunda.

Furman, L. (2013). Ethics in Art Therapy. Challenging topics for a complex modality. Jessica Kingsley Publishers, Londres.

García, N. (2013). El vínculo en un taller de arteterapia con mujeres embarazadas. Dir.: Alicia Peñalba Acitores. Universidad de Valladolid.

García, R. (2004) Salud Mental Comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? En Cuadernos de Trabajo Social Vol. 17 273-287

Gergen, K.J. Y Gergen, M. (2011) Reflexiones sobre la construcción social. Paidós Ibérica.

Gilroy, A. (2006). Art Therapy, Research and Evidence-Based Practice. Londres, SAGE Publications.

Gómez Jiménez, I. y Moya Albio, L. (2010). Abordaje terapéutico grupal en salud mental. Experiencia en Hospital de Día. Pirámide, Madrid.

- González Rey, F. (2006). Investigación cualitativa y subjetividad. Guatemala, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2010) *La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados*. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente; 49, 187-204
- Greenspoon Linesch, D. (1988). Adolescent Art Therapy. Nueva York. Bruner /Mazel.
- Gutiérrez, E. (1999). *Arteterapia con orientación gestáltica*. (Tesis Doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Hautala, P. M. (2011). Art therapy in Finnish schools: education and research. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 6. Páginas 71-86. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Hernández, F. (2001) La investigación basada en las artes, el giro performativo en las ciencias sociales. Curso - Seminario. Fundación Antonio de Nebrija.
- Hernández, F. (2008) La investigación basada en las artes: Propuestas para repensar la investigación en educación. *Educatio s. XXI*, 26 (85-118). Recuperado de <http://revistas.um.es/educatio/article/view/46641>
- Hills, M. (2011) ¿Métodos y técnicas o metodologías y epistemologías? La teoría visual contemporánea y su relación con las metodologías para investigar el arte. En Mateos, L. (Ed.) *Terapias artístico creativas* (217-219). Salamanca: Amarú ediciones.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar en McNamme, S. y Gergen, K. (1996). *Terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.
- Hogan, S. y Coulter, A. (2014). The introductory guide to art therapy. Gran Breaña, Routledge.

- Izuel i Currià, M (2011). *El dispositivo grupal en la formación de arteterapeutas*. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 6. Páginas 33-49. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Izuel, M., Vallès, J. (2012). Competencias profesionales e investigación en Arteterapia. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.7: páginas 13-26. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.
- Javaloyes Sanchís, M. y Redondo, A. *Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento*. Sepeap Recuperado de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf7
- Kaplan, F. (2000) Art, science and art therapy. Repainting the picture. Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Kaplan, F. (2007). Art therapy and social action. Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Klein, M. (1930). *Importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Editorial Paidós.
- Kramer, E. (2000). Art as Therapy. Collected Papers. Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Llanos, M. (2010) *El corazón bajo la cama*. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 5. Páginas 125-135. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- López Fernández, M. (2009). Intervenciones a través del arte. Apuntes para un desarrollo sostenible. En Martínez, N. y López, M. (Eds.), *Reinventar la vida: el arte como terapia*: 2009 (13-21). Madrid: Eneida.
- López, M. (2010). Arte terapia en relación a la evaluación de prácticas y evaluación en la práctica. Ponencia I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA, Girona.

- López Fernández, M. (2011). Memoria, ausencia e identidad. El arte como terapia. Eneida.
- López Fernández, M y Augustowsky, G. Cano, S. (2007). El negro es el color o ¿para qué dibujan los niños? En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 2*. Páginas 217-232 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- López Iglesias, A. (2015). *Dializando a través del arte. Experiencia arteterapéutica en una Unidad de Diálisis*. (Trabajo de Fin de Máster inédito). Universidad Complutense de Madrid, España.
- López Martínez, M^a. D. (2009). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Departamento de Didáctica de Expresión Plástica, Música y Dinámica, España. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf?sequence=1>
- Malchiodi, C. (2003). Medical art therapy with children. En *Handbook of Art Therapy*, The Guilford Press.
- Marín, R. (2005). La Investigación Educativa basada en las Artes Visuales o ArteInvestigación Educativa. En Ricardo Marín Viadel (Ed.), *Investigación en educación artística: 2005* (223-274). Granada: Universidad de Granada.
- Martínez Miguélez, M. Conceptualización de la transdisciplinariedad. Recuperado de <http://polis.revues.org/4623>
- Mcniff, S. (1992). *Art as Medicine*. Boston & London. Shamala.
- Mcniff, S. (1999). Artistic Inquiry. Research in expressive arts therapies en *Foundations of expressive arts therapy, theoretical and clinical perspectives*. London, JessicaKingsley Publishers.
- Martínez, M. (2007). Conceptualización de la transdisciplinariedad. En *Polis* [En línea], 16 | 2007, Publicado el 31 julio 2012, consultado el 06 abril 2015.

URL: <http://polis.revues.org/4623>; DOI: 10.4000/polis.4623; Editor: Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas (CISPO). Recuperado de <http://polis.revues.org>; <http://www.revues.org>

Martínez, S. (2009). Arteterapia con niños en edad preescolar. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 4*. Páginas 159-175 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Martínez, S. (2011). Fotografiarse, retratarse, expresarse. Fotografía y expresión de lo personal en adolescentes. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 6*. Páginas 269-285 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Martínez, N. "Nuevas herramientas para la intervención terapéutica con menores con trastornos de conducta: arteterapia". 2º Congreso internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Fundación O'Belén.

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del arte "psicótico" al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona, Gedisa.

Mateos, L. (2011). Coord. Terapias Artístico Creativas. Musicoterapia, Arte Terapia, Dana Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama. Salamanca. Amarú.

Menéndez, C. (2008). *La fotografía como diario de vida*. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 3*. Páginas 141-156. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Menéndez, C. (2015). Arteterapia en un hospital de día con adolescentes. En *Inspira Revista de la Ate. Vol.: 5*. Páginas 36-42.

Meltzer, D. (1981) *"Sobre el Símbolo". Símbolo y formación del símbolo*. Quadernos di Psicoterapia infantile nº 5. Diretti da Carlo Brutti e Francesco Scotti. Edit, Borla Roma.

Morales, M. (2012). Vinculación en Arteterapia. Dos casos con rasgos autistas. En *Revista Inspira Ate, 2012*, 5-25.

- Morales, P Y Jarpa, J.M. (2010) *Elementos de Arteterapia como Medio de Comunicación y Elaboración en Psicoterapia con Adolescente*. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 5. Páginas 125-135. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Moreno, J.L y Espadas, M.A. (2009) "Investigación – acción participativa". En Román Reyes (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México.
- Ojeda, M. (2012). La construcción de la identidad del arteterapeuta. Seminario. Máster Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Universidad Autónoma. Madrid.
- Peter, N. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona. Gedisa.
- Pichon, E. (1987). *El proceso creador*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Pichon, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Ponce De León, E. (2010) *El psicoanalista y la Interdisciplina en la Clínica de Niños*. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis No.100
- Ponce De León, E. *Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico*. En Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis, nº 28
- Raich, M. (2014). Poética fotográfica. Casimiro.
- Ramos, C. (2014). *El vínculo en arteterapia médica*. (Trabajo fin de máster inédito). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. En Revista digital universitaria, vol.3.
- Rico, L. (2009). Arteterapia en hospitales pediátricos. En Martínez, N. y López, M. (Eds.), *Reinventar la vida: el arte como terapia*: 2009 (25-38). Madrid: Eneida.

- Rico, L. (2009). Experiencia en las plantas de oncología y trasplantes pediátricos. En Martínez, N. y López, M. (Eds.), *Reinventar la vida: el arte como terapia*: 2009 (53-64). Madrid: Eneida.
- Rodríguez Cambroner, I. (2009). *Grupos de arteterapia con adolescentes. Una experiencia en Hospital de Día* en Encuentros con la expresión. Revista de Arteterapia y Artes. Vol. II
- Rodríguez Sacristán, J. (Dir.) (2000). Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos. Psicología Pirámide, Madrid.
- Rogers, C. (1981). El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. Paidós Contextos.
- Sanz-Aránguez, B. y Del Río, M. (2010). *La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica*. En Archivos de Psiquiatría, 73:2.
- Schaverien, J. (2008). *The mirror of art: reflections on transference and the gaze of the picture*. Art & Psyche San Francisco Conference <http://aras.org/artandpsyche.aspx>
- Serrano, A. (2010). *Reflexiones en torno a la integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico*. (Diploma de Estudios Avanzados inédito). Universidad complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Serrano, A. y Carmona, E. (2014). Zoom al interior: la exploración de la mirada a través de la imagen y el lenguaje audiovisual y sus posibilidades para la intervención con niños y adolescentes desde el arteterapia y el arte. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 9. Páginas 327-347. Madrid.
- Serrano, A., Carmona, E. y Martín, C. (2015). Ser y crear en el espacio terapéutico: arteterapia en el Hospital de Día de Leganés. En *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Núm.: 60 - Noviembre 2015.

- Steele, W. (2003). Using Drawing in Short-Term Trauma Resolution. En *Handbook of Art Therapy*, The Guilford Press.
- Ugena, T. (2014). *La danza y sus aplicaciones en el espacio terapéutico, educativo y social*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/28589/1/T35811.pdf>
- Vallejo, J. (Dir.) (2006) *Guía práctica de Psicología Temas de hoy*. Madrid.
- Vigotsky, L. (2007). *La imaginación y el arte en la infancia*. Madrid, Akal.
- VVAA. (2013). Using art therapy with diverse population. Crossing cultures and abilities. Jessica Kingsley Publishers.
- Waller, D. (1987). Art Therapy in adolescence: a metaphorical view of a profession in progress. En Dalley, T. et al., *Images of Art Therapy. New developments in theory and practice*. Londres y Nueva York. Tavistock Publications.
- Wengrower, H. (2012). "Ciencia y arte: Investigación empleando medios artísticos". En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.7: páginas 41-56*. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1997) *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa.
- Wolfberg, E. (Comp.) (2002). *Prevención en salud mental. Escenarios actuales*. Lugar, Buenos Aires.
- Yanes, V. (2007). La narrativa visual como metodología del sentido: articulación metodológica e implicaciones terapéutico-educativas. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 2*. Páginas 233-246. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

➤ **Documentos consultados**

Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente. Fundación Alicia Koplowitz, 2014.

I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2006-2009)

II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016). Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013. Ministerio de Sanidad, Recursos Sociales e Igualdad.

I Plan Estratégico de Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Asociación Española de Neuropsiquiatría

Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) sobre la Atención de Salud Mental en Madrid. Septiembre de 2014.

Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Juan Fco. Jiménez Estévez (Coord.). Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011. Madrid

Plan Estratégico de Salud Mental 2010 – 2014. Consejería de sanidad. Salud Madrid.

Documento guía de atención a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental. Hospital de Día-CET Infanto-Juvenil. Centros Concertados con la Comunidad de Madrid. Cogesín Sanitaria. Recuperado de http://www.madridsalud.es/publicaciones/comunicaciones/pdf/atencion_a_poblacion_infantil_con_problemas_SM.pdf

Guía de recursos de atención a la salud mental. Servicio madrileño de salud. Comunidad de Madrid. 2015.

Nº 84. La salud mental de las personas jóvenes en España. Julio 2009. Coordinadores: Santiago Pérez Camarero, Nieves Rojo Mora y Álvaro Hidalgo Vega. Revista de estudios de la juventud.

➤ **Referencias electrónicas y páginas web**

Centro Especial Carrilet <http://es.carrilet.org/>

Asociación ARGOS Arte en Acción <http://arteenaccion.org/>

Cartografías contemporáneas, dibujando el pensamiento (2013). En *Obra social La Caixa*. Recuperado de http://obrasocial.lacaixa.es/nuestroscentros/caixaforummadrid/cartografi-ascontemporaneas_es.html

Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) www.youngminds.org.uk/

El SES incorporará la musicoterapia para los pacientes ingresados. (2015). En *Europa Press*. Recuperado de <http://www.europapress.es/extremadura/salud-00924/noticia-ses-incorporara-musicoterapia-servicio-pacientes-ingresados-20150520120857.html>

Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm>

Grupo de Trabajo sobre Investigación en arteterapia (2011). Asociación profesional española de arteterapeutas. Recuperado de <http://www.arteterapia.org.es/wp-content/uploads/2013/02/G-Investigaci%C3%B3n-en-arteterapia.pdf>

La musicoterapia se implanta como terapia complementaria en Extremadura. (2015). En *Somos pacientes, la comunidad de asociaciones de pacientes de somospacientes.com*. Recuperado de <http://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/la-musicoterapia-se-implanta-como-terapia-complementaria-en-extremadura/>

Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría <http://www.observatorio-aen.es/>

QRS International NVivo, Software para análisis de datos cualitativos <http://www.qsrinternational.com/nvivo-spanish>

Rico, L. (2014). Entrevista a Laura Rico Caballo. *La Terapia del Arte Revista de Creatividad y Salud*, Noviembre (2014). Recuperado de <http://laterapiadelarte.com/numero-1/entrevistas/entrevista-laura-rico-caballo/>

Serrano, A. (2015). Entrevista a Ana Serrano Navarro. *La Terapia del Arte Revista de Creatividad y Salud*, Agosto-Septiembre (2015). Recuperado de <http://laterapiadelarte.com/numero-9/entrevistas/entrevista-a-ana-serrano-navarro/>

13.1 Bibliografía.

➤ Libros y artículos

Abad, J. (2008). El placer y el displacer en el juego espontáneo infantil. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.:3*. Páginas 167-188 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Adalid, L. G. (2012). Memoria, paisaje, territorio. Catálogo exposición Ayuntamiento de Cartagena, Concejalía de Cultura.

Albamonte, M. A., Bermejo V., Ferrándiz C., Guijarro F., Montes I., Palop M. y Sánchez M. (1991) La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, Revista 11-12, 109-135

Alcamí, M. (2010). *Un modelo de hospital de día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones*. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Revista 50, 209-223.

Alcamí, M. (2005). El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. En Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Revista 39-40, 5-30.

- Alonso, M. (2012). *Mujeres y arteterapia*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España. Recuperado de (<http://eprints.ucm.es/16737/1/T34015.pdf>)
- Avellón Calvo, M. (2007) *Sin letras no hay palabras. Marcas en el cuerpo: agujeros en el alma*, Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente; 43/44, 79-88
- Ballenato Prieto, G. ((2005). Trabajo en equipo. Dinámica y participación en los grupos. Madrid, Pirámide.
- Barudy, J. y Dantagman, M. (2005). Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Gedisa Editorial.
- Barudy, J. Los buenos tratos y la resiliencia infantil en la prevención de los trastornos del comportamiento. Conferencia III Congreso de trastornos del comportamiento en la familia y en la escuela. Fundación O'belén
- Beà, N., Torras, E. (1994) *El desarrollo de la identidad en el tratamiento de niños pequeños*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
- Bokler, E. (2010). Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: Propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, Revista 50, 197-207.
- Bokler, E. (2010). Evaluación del niño grave: dos o más en consulta. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39-40, 79-96.
- Bonilla, A. (2006) El Acto de Borrar. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 1. Páginas 75-77. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Bordons, M. y Zulueta, M. (2002) La interdisciplinariedad en los grupos españoles de investigación en el área cardiovascular. En *Revista Española de Cardiología*. Vol. 55 Núm.09

- Bowlby, J. (198). *El apego y la pérdida*. Barcelona. Paidós.
- Carrasco Mallén, M El futuro de la investigación en el Sistema Nacional de Salud.
Rev Adm Sanit. 2007;5(2):237-57
- Cembranos, F. y Medina, J. A. (2011). Grupos inteligentes. Teoría y práctica del trabajo en equipo. Popular, Madrid.
- Chicharro, F.. El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo? En *Norte de salud mental*.nº 27/2007/PAG 95-100
- Colina, F. (2013). Sobre la locura. Cuatro ediciones. Madrid.
- Cury, M. (2006). *Trama y psicosis, una visión desde el arteterapia*. (Diploma de Estudios Avanzados inédito). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Cury, M. (2007). *Tras el silencio*. En Revista de Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 71 Vol. 2 (2007): 71-86
- Cury, M. (2010) La identidad fragmentada: Arteterapia, una vía para la integración. Ponencia en la 8ª Edición de los Cursos de Verano. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Cury, M. (2010) Extracto de entrevista realizada. Madrid.
- Cury, M., y Masini, C. (2012). Impacto de la Violencia Intrafamiliar y de Género en el Desarrollo Vital de la Mujer con Enfermedad Mental. En Revista de Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.7: páginas 97-114. Madrid. Servicio de publicaciones UCM
- Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona. Herder.
- De Aramburu, T. (2014). Estado actual del Arteterapia en España. Un estudio piloto, "Formación y profesionalización en la Comunidad de Madrid". (Trabajo de Fin de Máster). Universidad de Valladolid, Facultas de Educación y Trabajo Social, España. Recuperado de (<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7842/1/TFM-G%20344.pdf>)

- Del Río, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España. Recuperado de (<http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t29445.pdf>)
- Edwards, D. (204-2014). *Art Therapy*. London. SAGE.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Recuperado el 17 de Mayo de 2015 de: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- FEAPA (Edit.) (2015). Reflexiones acerca de la supervisión en arteterapia. Colección Fundamentos. FEAPA, Madrid.
- Fiorini, H. Formaciones de procesos terciarios. Una tópica del psiquismo creador. Madrid. Paidós, psicología profunda.
- Furman, L. (2013). *Ethics in Art Therapy. Challenging topics for a complex modality*. Jessica Kingsley Publishers, Londres.
- García, N. (2013). El vínculo en un taller de arteterapia con mujeres embarazadas. Dir.: Alicia Peñalba Acitores. Universidad de Valladolid.
- García, R. (2004) Salud Mental Comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? En Cuadernos de Trabajo Social Vol. 17 273-287
- Gergen, K.J. Y Gergen, M. (2011) Reflexiones sobre la construcción social. Paidós Ibérica.
- Gilroy, A. (2006). *Art Therapy, Research and Evidence-Based Practice*. Londres, SAGE Publications.
- Gómez Jiménez, I. y Moya Albio, L. (2010). Abordaje terapéutico grupal en salud mental. Experiencia en Hospital de Día. Pirámide, Madrid.
- González Rey, F. (2006). Investigación cualitativa y subjetividad. Guatemala, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2010) *La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños*

crónicamente traumatizados. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente; 49, 187-204

Greenspoon Linesch, D. (1988). *Adolescent Art Therapy*. Nueva York. Bruner /Mazel.

Gutiérrez, E. (1999). *Arteterapia con orientación gestáltica*. (Tesis Doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.

Hernández, F. (2001) *La investigación basada en las artes, el giro performativo en las ciencias sociales*. Curso - Seminario. Fundación Antonio de Nebrija.

Hoffman, L. (1996). *Una postura reflexiva para la terapia familiar* en McNamme, S. y Gergen, K. (1996). *Terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.

Hogan, S. y Coulter, A. (2014). *The introductory guide to art therapy*. Gran Bretaña, Routledge.

Izuel i Currià, M (2011). *El dispositivo grupal en la formación de arteterapeutas*. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 6. Páginas 33-49. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Izuel, M., Vallès, J. (2012). *Competencias profesionales e investigación en Arteterapia*. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.7: páginas 13-26. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.

Javaloyes Sanchís, M. y Redondo, A. *Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento*. Sepeap. Recuperado de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf7

Kaplan, F. (2000) *Art, science and art therapy. Repainting the picture*. Londres, Jessica Kingsley Publishers.

- Klein, M. (1930). *Importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Editorial Paidós.
- Kramer, E. (2000). *Art as Therapy. Collected Papers*. Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Llanos, M. (2010) *El corazón bajo la cama*. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 5*. Páginas 125-135. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- López Fernández, M. (2011). *Memoria, ausencia e identidad. El arte como terapia*. Madrid: Eneida.
- López Fernández, M y Augustowsky, G. Cano, S. (2007). El negro es el color o ¿para qué dibujan los niños? En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 2*. Páginas 217-232 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- López Martínez, M^a. D. (2009). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Departamento de Didáctica de Expresión Plástica, Música y Dinámica, España. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf?sequence=1>
- Martínez Miguélez, M. Conceptualización de la transdisciplinariedad. Recuperado de <http://polis.revues.org/4623>
- Mcniff, S. (1992). *Art as Medicine*. Boston & London. Shamala.
- Mcniff, S. (1999). *Artistic Inquiry. Research in expressive arts therapies en Foundations of expressive arts therapy, theoretical and clinical perspectives*. London, JessicaKingsley Publishers.
- Martínez, M. (2007). Conceptualización de la transdisciplinariedad. En *Polis* [En línea], 16 | 2007, Publicado el 31 julio 2012, consultado el 06 abril 2015. URL: <http://polis.revues.org/4623>; DOI: 10.4000/polis.4623; Editor: Centro

de Investigación Sociedad y Políticas Públicas (CISPO). Recuperado de <http://polis.revues.org>; <http://www.revues.org>

Martínez, S. (2009). Arteterapia con niños en edad preescolar. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 4*. Páginas 159-175 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Martínez, S. (2011). Fotografiarse, retratarse, expresarse. Fotografía y expresión de lo personal en adolescentes. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 6*. Páginas 269-285 Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Martínez, N. "Nuevas herramientas para la intervención terapéutica con menores con trastornos de conducta: arteterapia". 2º Congreso internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Fundación O'Belén.

Martínez, M. y López Fernández, M. (Eds.). (2009). *Reinventar la vida. El Arte como terapia*. Madrid: Eneida.

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del arte "psicótico" al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona, Gedisa.

Mateos, L. (2011). Coord. Terapias Artístico Creativas. Musicoterapia, Arte Terapia, Dana Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama. Salamanca. Amarú.

Menéndez, C. (2008). *La fotografía como diario de vida*. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 3*. Páginas 141-156. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Meltzer, D. (1981) *Sobre el Símbolo. Símbolo y formación del símbolo*. Quadernos di Psicoterapia infantile nº 5. Diretti da Carlo Brutti e Francesco Scotti. Edit, Borla Roma.

Morales, M. (2012). Vinculación en Arteterapia. Dos casos con rasgos autistas. En *Revista Inspira Ate*, 2012, 5-25.

Morales, P Y Jarpa, J.M. (2010) *Elementos de Arteterapia como Medio de Comunicación y Elaboración en Psicoterapia con Adolescente*. En *Arteterapia:*

- Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 5. Páginas 125-135. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Moreno, J.L y Espadas, M.A. (2009) "Investigación – acción participativa". En Román Reyes (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México.
- Ojeda, M. (2012). La construcción de la identidad del arteterapeuta. Seminario. Máster Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Universidad Autónoma. Madrid.
- Peter, N. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona. Gedisa.
- Pichon, E. (1987). *El proceso creador*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Pichon, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Ponce De León,, E. (2010) *El psicoanalista y la Interdisciplina en la Clínica de Niños*. En Revista Uruguay de Psicoanálisis No.100
- Ponce De León, E. *Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico*. En Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis, nº 28
- Raich, M. (2014). *Poética fotográfica*. Casimiro.
- Ramos, C. (2014). *El vínculo en arteterapia médica*. (Trabajo de Fin de Máster inédito). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Educación, España.
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. En Revista digital universitaria, vol.3.
- Rodríguez Cambroner, I. (2009). *Grupos de arteterapia con adolescentes. Una experiencia en Hospital de Día* en Encuentros con la expresión. Revista de Arteterapia y Artes. Vol. II
- Rodríguez Sacristán, J. (Dir.) (2000). *Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos*. Psicología Pirámide, Madrid.

Rogers, C. (1981). El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica.

Paidós Contextos.

Sanz-Aránguez, B. y Del Río, M. (2010). *La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica*. En Archivos de Psiquiatría, 73:2.

Schaverien, J. (2008). *The mirror of art: reflections on transference and the gaze of the picture*. Art & Psyche San Francisco Conference
<http://aras.org/artandpsyche.aspx>

Serrano, A. (2010). *Reflexiones en torno a la integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico*. (Diploma de Estudios Avanzados inédito). Universidad complutense de Madrid, Facultad de Educación, España.

Serrano, A. y Carmona, E. (2014). Zoom al interior: la exploración de la mirada a través de la imagen y el lenguaje audiovisual y sus posibilidades para la intervención con niños y adolescentes desde el arteterapia y el arte. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 9. Páginas 327-347. Madrid.

Ugena, T. (2014). *La danza y sus aplicaciones en el espacio terapéutico, educativo y social*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, España. Recuperado de
(<http://eprints.ucm.es/28589/1/T35811.pdf>)

Vallejo, J. (Dir.) (2006) Guía práctica de Psicología Temas de hoy. Madrid.

Vigotsky, L. (2007). *La imaginación y el arte en la infancia*. Madrid, Akal.

VVAA. (2013). Using art therapy with diverse population. Crossing cultures and abilities. Jessica Kingsley Publisers.

Waller, D. (1987). Art Therapy in adolescence: a metaphorical view of a profession in progress. En Dalley, T. et al., *Images of Art Therapy. New developments in theory and practice*. Londres y Nueva York. Tavistock Publications.

- Wengrower, H. (2012). "Ciencia y arte: Investigación empleando medios artísticos". En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.7: páginas 41-56. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1997) *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa.
- Wolfberg, E. (Comp.) (2002). *Prevención en salud mental. Escenarios actuales*. Lugar, Buenos Aires.
- Yanes, V. (2007). La narrativa visual como metodología del sentido: articulación metodológica e implicaciones terapéutico-educativas. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 2. Páginas 233-246. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

➤ **Documentos consultados**

- Documento guía de atención a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental. Hospital de Día-CET Infanto-Juvenil. Centros Concertados con la Comunidad de Madrid. Cogesín Sanitaria. Recuperado de http://www.madridsalud.es/publicaciones/comunicaciones/pdf/atencion_a_poblacion_infantil_con_problemas_SM.pdf
- Guía de recursos de atención a la salud mental. Servicio madrileño de salud. Comunidad de Madrid. 2015.
- Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) sobre la Atención de Salud Mental en Madrid. Septiembre de 2014.
- Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Juan Fco. Jiménez Estévez (Coord.). Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011. Madrid

Plan Estratégico de Salud Mental 2010 – 2014. Consejería de sanidad. Salud Madrid.

I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2006-2009)

II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016). Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013. Ministerio de Sanidad, Recursos Sociales e Igualdad.

I Plan Estratégico de Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente. Fundación Alicia Koplowitz, 2014.

Nº 84. La salud mental de las personas jóvenes en España. Julio 2009. Coordinadores: Santiago Pérez Camarero, Nieves Rojo Mora y Álvaro Hidalgo Vega. Revista de estudios de la juventud.

➤ **Páginas web**

AEN Asociación española de neuropsiquiatría. <https://aen.es/>

AFIA Asociación foro iberoamericano de arteterapia. www.arteterapiaforo.org

AMSM Asociación madrileña de salud mental. <http://amsm.es/>

ANDART Asociación Profesional Andaluza de Arteterapia. <http://andart-andalucia-arteterapia.blogspot.com.es/>

ATE. Asociación profesional española de Arteterapeutas. www.arteterapia.org.es

ATh. Asociación de arteterapeutas transdisciplinarios y desarrollo humano. www.asociacion-ath.org

FEAPA Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. www.feapa.es

GREFART. Asociación profesional de arteterapeutas. www.grefart.org

MURARTT Asociación Profesional de Arteterapia de la Región de Murcia.

www.murartt.com

NICE National Institute for Health and Care Excellence. <http://www.nice.org.uk/>

SES Servicio Extremeño de Salud

<http://saludextremadura.gobex.es/directorio/ses>

➤ **Revistas**

Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social.

<http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE>

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente.

<http://www.sepyrna.com/revista-autores/revista-sepyrna/>

Energeia, revista de Arteterapia. [http://grefart.org/revista-](http://grefart.org/revista-energeia/descarga.html)

[energeia/descarga.html](http://grefart.org/revista-energeia/descarga.html)

Inspira. Revista de la ATE. <https://ateinspira.wordpress.com/>

La Terapia del Arte, Revista de Creatividad y Salud. <http://laterapiadelarte.com/>

Sublimarte. Revista digital de terapias creativas. <http://www.sublimarte.es/>

Persona, European journal for Creative Arts Therapies.

<https://www.facebook.com/Persona-749334058413028/timeline/>



14. Índice de figuras e imágenes

Figura 4-1. Serrano, A. (2015) Mapa visual del proceso reflexión-acción para el desarrollo de un cuerpo metodológico en arteterapia.

Figura 6-1. Serrano, A. (2013) Mapa visual del planteamiento de la investigación.

Figura 6-2. Serrano, A. (2015) Estructura circular de la investigación desde la práctica I

Figura 7-1. Serrano, A. (2015) Esquema de la relación vincular triangular en arteterapia.

Figuras 7-2 y 7-3. (2012) La soledad, el entusiasmo.

Figura 7-4. (2012) La agresividad.

Figura 8-1. Serrano, A. (2015) Tabla de nodos o categorías/subcategorías, en relación con las preguntas que los abordan y los ejes temáticos de la investigación que les da sentido.

Figura 8-2. Serrano, A. (2015) Distribución de las respuestas a las entrevistas por ámbitos.

Figura 8-3. Serrano, A. (2015) Arteterapeutas con perfiles/roles duales en las instituciones.

Figura 8-4. Serrano, A. (2015) Frecuencia de términos clave en las entrevistas realizadas vía e-mail a arteterapeutas profesionales.

Figura 8-5. Serrano, A. (2015) Perfil de otros/as profesionales entrevistados.

Figura 8-6. Serrano, A. (2015) Frecuencia de términos clave en las entrevistas realizadas vía e-mail a otros/as profesionales entrevistados.

Figura 8-7. Serrano, A. (2015) Comparativa valor otorgada a los términos clave por los otros/as profesionales entrevistados.

Figura 8-8. Serrano, A. (2010) Ejercicio de mirar/ser mirado.

Figura 8-9. (2010) Narrativa pasado-presente-futuro.

Figura 8-10. (2010) Donde el silencio también pesa. Realizada en la sala de reuniones de equipo terapéutico.

Figura 8-11. Serrano, A y Carmona, E. (2010) Dinámicas de interacción individuo – grupo.

Figuras 8-12 y 8-13. Serrano, A. (2010) Libre asociación de imágenes I.

Figuras 8-14 y 8-15. Serrano, A. (2010) Libre asociación de imágenes II.

Figura 8-16. Serrano, A. (2010) Peces en la pecera.

Figura 8-17. (2010) Álbum-mural-collage. Trabajo individual-grupal.

Figura 8-18. (2010) Narrativa presente – pasado – futuro.

Figura 8-19. (2010) Proyecto audiovisual de creación común. El ciempiés.

Figura 8-20. (2010) Visibilización emocional a partir del proceso.

Figura 8-21. (2010) Secuencia de trabajo emocional (semana facilitada por Esther Carmona).

Figura 8-22. Serrano, A. (2012) Cuadrante horario verano de 2012. Hospital de Día de Leganés

Figura 8-23. Serrano, A. (2015) Dinámica emocional/comunicacional en el espacio de arteterapia grupal.

Figura 8-24. Serrano, A. y Carmona, E. (2012) Organigrama de las sesiones de arteterapia.

Figura 8-25. (2012) Primera fase: la red y el contrato. Reflexión grupal sobre la experiencia y compromiso. Indicadores verbales: cooperación, respeto, compañerismo, aguante, tranquilidad, unión y colaboración.

Figura 8-26. (2012) Primera fase adolescente 1

Figura 8-27. (2012) Segunda fase adolescente 1. Fotografía y narrativa visual.

Figura 8-28. (2012) Segunda fase adolescente 1. Narrativa audiovisual: “La confianza en sí misma y en los demás”.

Figura 8-29. (2012) Tercera fase adolescente 1. “Leer antes de...”

Figura 8-30. (2012) Primeras sesiones: la red y yo misma.

Figura 8-31. (2012) Fotografía: narrativa visual.

Figura 8-32. Primera sesión. La red y yo misma.

Figura 8-33. Segunda sesión. “Espero que te guste”.

Figura 8-34. (2012) Primeras sesiones. El personaje – yo.

Figura 8-35. (2012) Fotomontajes para narrativa audiovisual.

Figura 8-36. (2012) Narrativa audiovisual. “El camino del paciente”.

Figuras 8-37 y 8-38. (2012) Últimas sesiones. Un paso hacia el “soy”. Alguien influenciable a través de la mente, que se mantiene quieto, inmóvil, hasta que logra moverse.

Figura 8-39. (2012) Primera sesión, trabajo individual.

Figuras 8-40, 8-41, 8-42, 8-43 y 8-44. (2012) Narrativa audiovisual. Historia de un soñador.

Figuras 8-45 y 8-46. (2012) “Yo rodeado de mis fantasías”.

Figura 8-47. (2012) Sesión 2. Algo de mí misma.

Figura 8-48. (2012) Narrativa audiovisual.

Figura 8-49. (2012) Todo quemado.

Figura 8-50. (2012) Zoom al sol: el paraíso.

Figura 8-51. (2012) Primera sesión. La red y yo mismo.

Figura 8-52. (2012) Narrativa audiovisual.

Figura 8-53. (2012) Últimas obras. Acompañado el proceso se abre a nuevas experiencias.

Figuras 8-54 y 8-55. (2012) Horario HdD 2013/14 y 2014/15.

Figuras 8-56 y 8-57. Sesión 1. La papiroflexia.

Figuras 8-58, 8-59 y 8-60. Sesiones 2 y 3. Arteterapia.

Figura 8-61. Sesión 4 Retrato de grupo en arteterapia.

Figura 8-62. Sesión 6. La mesilla de noche en la habitación de mamá.

Figura 8-63. Sesión 11. Mandala: El pasado, la casa cuna. La adopción y la familia.

Figuras 8-64 y 8-65. Sesión 1-3. Construyendo una historia: el personaje, es escenario. Búsqueda de estructura.

Figuras 8-66 y 8-67. Sesiones 4-5. Las emociones ligadas a la vida

Figuras 8-68 y 8-69. Sesiones 6-7. Mapa para no perderse en la vida: la herida, la explosión.

Figuras 8-70, 8-71 y 8-72. Sesiones 9, 13 y 14. Las exposiciones, desde el cuerpo, desde la mente. Las polaridades.

Figura 8-73. Sesiones 15. El regalo.

Figura 8-74. Sesión 16. El agujero por el que te cueles.

Figura 8-75. Sesión 17. La explosión, la sangre, los nervios.

Figura 8-76. Sesión 22. La masa. Un juego, como la vida. La vida como un juego en el que has de seguir las casillas y qe a cada tanto te expulsa casi sin darte cuenta.

Figura 8-77. Esquema I. Aparición de símbolos personales en el proceso.

Figura 8-78. Sesión 24. Las experiencias efímeras: la huella en el recuerdo, en la memoria.

Figura 8-79. Sesión 26. La sensación de que cada cosa contiene otra: una capa y otra capa.

Figura 8-80. Sesión 33. El quipú del tiempo. El nacimiento.

Figura 8-81. Sesión 29. Los procesos de... La ira. La espiral de la ira.

Figuras 8-82, 8-83, 8-84, 8-85, 8-86 y 8-87. Sesiones 2, 4, 5, 6, y 11. Las capas del malestar.

Figuras 8-88, 8-89, 8-90, 8-91, 8-92 y 8-93. Sesiones 8, 9, 10, 12, 13 y 14. Del malestar a la matroska.

Figura 8-94. Última obra. "Una historia, un libro,...sobre qué. *No puedo dormir, entiéndeme*".

Figura 8-95. Sesión 01_El punto de partida, los campos de fútbol, los partidos de fútbol,...

Figura 8-96. El deseo de querer estar con los otros, de jugar con los otros y que los otros quieran jugar con él.

Figura 8-97. La familia.

Figura 8-98. "Un mapa en el que papá sepa encontrarme". El regalo.

Figura 8-99. Entre el amor y el odio, sentirse en el medio de dos caminos que "tiran" en sentido contrario. En el medio, como de un balancín, los pensamientos se desbordan.

Figura 8-100. Comienza a hacerse preguntas: "*¿qué me pone nervioso? ¿qué hago cuándo me pongo nervioso? ¿qué hacen los otros? ¿qué piensan?*"...

Figura 8-101. Lo que me pone nervioso: "*las preguntas de los demás, lo que dicen, lo que tengo que decir o hacer, la sensación de no saber qué responder*".

Figura 8-102. El remolino que se lo lleva todo y le tranquiliza frente a los nervios de quedarse a oscuras, en silencio consigo mismo.

Figura 8-103. Una historia audiovisual sobre la amistad.

Figura 8-104. El recorrido en arteterapia.

Figuras 8-105, 8-106, 8-107 y 8-108. Primeras sesiones dibujos de dinosaurios, la imaginación en su máximo despliegue. En la última capacidades-dificultades.

Figura 8-109. El cuerpo de Alberto.

Figura 8-110. “El regreso de arteterapia”.



15. Anexos

Anexo I: Entrevista 1 realizada a los profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios en los que se integra el arteterapia como disciplina y el/la arteterapeuta profesional.

Entrevista personal 1: el objetivo de esta entrevista es recabar información acerca de la percepción de los profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en los distintos ámbitos, sobre la aportación desde el arteterapia como disciplina integrada en los equipos interdisciplinarios para la mejora bio-psico-social de la personas.

A continuación se señalan los ejes temáticos de la investigación, seguidos de las preguntas que habrán de contestar. Se ruega la devolución del documento cumplimentado en formato .doc.

Proyecto de investigación de tesis: La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico: experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

Investigadora doctoranda: Ana Serrano Navarro

Contacto: anaserranonavarro@gmail.com

Directora de la Tesis: Marián López Fernández Cao

→ Ejes temáticos de la investigación:

- Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual).
- Concepción y mirada acerca de la salud mental de forma genérica, con especial énfasis en la salud mental infanto juvenil.
- Influencia del modelo institucional en el abordaje terapéutico por parte del equipo interdisciplinar.

- Papel del trabajo del equipo interdisciplinar en la mejora bio-psico-social de los pacientes. Metodología (reuniones, desarrollo de informes, etc.) de intervención interdisciplinar. Qué factores contribuyen a que sea más efectivo/favorable el tratamiento diseñado para cada paciente y grupo y cuáles no.
- Vinculación del equipo terapéutico: modelos de relación horizontal, jerárquica, mixta, etc.
- Fortalezas y debilidades de la propia disciplina en relación con las disciplinas presentes en el equipo terapéutico.
- Comunicación, confianza y confidencialidad.
- Importancia de la obra arteterapéutica y papel que juega en la triangulación (reuniones, desarrollo de informes, etc.) y en el proceso terapéutico integral.
- Encuadre (similitudes/diferencias) entre el arteterapia y el resto de disciplinas.
- Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.
- Tipo de triangulación en el equipo interdisciplinar y valoración/análisis de los datos.
- Conclusiones.

→ Preguntas de la entrevista personal

- ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene?
- Haciendo una mirada retrospectiva a su trayectoria profesional, ¿en qué manera ha podido variar o evolucionar esta concepción en el encuentro

con otros profesionales de la misma o diferente disciplina?

- ¿Qué puntos de encuentro o disonancias, similitudes o diferencias, puede encontrar en cuanto a la posición y mirada terapéuticas desde su disciplina en comparación con otros profesionales con los que trabaja o colabora?
- ¿Considera esas similitudes o diferencias más como una dificultad o un beneficio a la hora de diseñar, planificar o desarrollar su intervención y por qué?
- ¿Cómo entiende la salud mental en el abordaje terapéutico desde su disciplina?
- ¿En qué medida entiende que su mirada se acerca o se aleja de los modelos y pautas generales para dicha intervención en la institución en la que trabaja o en las instituciones españolas en general?
- ¿Qué criterios para la evaluación, entendimiento y análisis de las patologías con las que trabaja suele emplear como marco para el diseño de su intervención?
- Según su propia experiencia, ¿cómo diría que es considerada la salud mental desde el arteterapia?
- ¿En qué grado la existencia de un modelo dominante en la institución en la que trabaja (biologicista, dinámico, cognitivo-conductual, sistémico, etc.) puede influir sobre el desarrollo de los tratamientos y la mejora bio-psico-social de los pacientes?
- En relación con la convivencia de varios modelos de los anteriormente citados y desde el prisma de su disciplina, ¿qué ventajas o desventajas cree que ofrecen en el ámbito de la salud mental?
- ¿Hasta qué punto este modelo dominante afecta a su encuadre interno de trabajo en arteterapia? ¿Favorece, perturba, es indiferente?
- ¿Cómo entiende la interdisciplinariedad en el trabajo de un equipo

terapéutico?

- En función de su experiencia, ¿qué aspectos metodológicos considera fundamentales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar?
- De los factores o elementos que influyen positivamente en la evolución de un tratamiento integral diseñado para cada paciente o grupo, ¿cuáles de ellos tienen que ver con la interdisciplinariedad bajo su punto de vista?
- Los resultados del taller de arteterapia, ¿se incorporan a las reflexiones generales del tratamiento con la/el paciente?
- ¿Hasta qué punto esos resultados han llegado a ser determinantes/insignificantes?
- Los resultados de la interacción con otras/os profesionales, ¿le han hecho en algún momento cambiar la orientación o algún aspecto del taller? ¿Y al revés, algún resultado de arteterapia ha hecho modificar la metodología de intervención/objetivos/etc. de los otros talleres/terapias?
- ¿Existe una comunicación profunda entre profesionales sobre los aspectos citados? Si no, ¿a qué puede deberse?
- Si afirmamos que entre los profesionales de un equipo ha de darse un proceso de vinculación satisfactorio, ¿a qué considera basándose en su experiencia que se hace referencia? ¿Se trata de una mutua confianza en el saber profesional? ¿En la relación personal?
- ¿Qué modelos de relación entre los profesionales (horizontal, jerárquica, mixta, etc.) están presentes en su equipo de trabajo y en qué medida estos favorecen o entorpecen el trabajo terapéutico?
- ¿Debe usted adaptarse al conjunto?
- ¿Cómo se organizan los objetivos generales del tratamiento con el/la paciente?

- ¿Y la metodología de intervención?
- ¿Qué parte del trabajo interdisciplinar tiene que ver con la propia revisión de los roles y posiciones dentro del equipo como grupo o sistema?
- ¿Cuáles considera que son las fortalezas y debilidades de su propia disciplina en relación con el resto de disciplinas presentes en el equipo terapéutico?
- ¿Qué aspectos sobre la comunicación, la confianza y la confidencialidad han de ser tenidos en cuenta para el trabajo interdisciplinar con el equipo terapéutico?
- En relación con los aspectos mencionados, ¿cómo ha de manejarse en su opinión la información relativa a la obra en el intercambio entre los profesionales para el trabajo del equipo?
- ¿Cuáles son los límites entre los tres aspectos que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para el desarrollo y evolución del abordaje en salud mental?
- ¿Cuáles son a su juicio las similitudes y diferencias en el encuadre entre el arteterapia y el resto de disciplinas con las que convive en el equipo en el que se integra?
- ¿Cuáles de ellas son valoradas como elementos favorables para la mejora y el cambio terapéutico personal?
- Por todo lo mencionado hasta ahora, ¿cuál es su percepción sobre la aportación del arteterapia como disciplina integrada en el equipo terapéutico y el/la arteterapeuta profesional como profesional integrado en él?
- ¿Qué métodos son los más favorables de los empleados para el desarrollo de la triangulación, y la revisión y análisis de los datos dentro del equipo terapéutico?
- ¿Qué valor tiene la triangulación para el avance y desarrollo del proceso

terapéutico?

- ¿Prevalece en la triangulación, algún tipo de paradigma ajeno al arteterapia?
- Tras la realización de la entrevista, ¿a qué reflexiones o conclusiones ha podido llegar en relación con el objetivo de la misma?

Anexo II: Entrevista 2 realizada a profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios donde no se dio la continuidad en la integración del arteterapia como disciplina y el/la arteterapeuta profesional.

Entrevista personal 2: el objetivo de esta entrevista es recabar información acerca de la percepción de los profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en los diferentes ámbitos, sobre la aportación desde el arteterapia como disciplina integrada en los equipos interdisciplinarios para la mejora bio-psico-social de la personas.

A continuación se señalan los ejes temáticos de la investigación, seguidos de las preguntas que habrán de contestar. Se ruega la devolución del documento cumplimentado en formato .doc

Proyecto de investigación de tesis: La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico: experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

Investigadora doctoranda: Ana Serrano Navarro

Contacto: anaserranonavarro@gmail.com

Directora de la Tesis: Marián López Fernández Cao

→Ejes temáticos de la investigación:

- Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual).
- Concepción y mirada acerca de la salud mental de forma genérica, con especial énfasis en la salud mental infanto juvenil.
- Influencia del modelo institucional en el abordaje terapéutico por parte del equipo interdisciplinar.

- Papel del trabajo del equipo interdisciplinar en la mejora bio-psico-social de los pacientes. Metodología (reuniones, desarrollo de informes, etc.) de intervención interdisciplinar. Qué factores contribuyen a que sea más efectivo/favorable el tratamiento diseñado para cada paciente y grupo y cuáles no.
- Vinculación del equipo terapéutico: modelos de relación horizontal, jerárquica, mixta, etc.
- Fortalezas y debilidades de la propia disciplina en relación con las disciplinas presentes en el quipo terapéutico.
- Comunicación, confianza y confidencialidad.
- Importancia de la obra arteterapéutica y papel que juega en la triangulación (reuniones, desarrollo de informes, etc.) y en el proceso terapéutico integral.
- Encuadre (similitudes/diferencias) entre el arteterapia y el resto de disciplinas.
- Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.
- Tipo de triangulación en el equipo interdisciplinar y valoración/análisis de los datos.
- Conclusiones.

→Preguntas de la entrevista personal

1. ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene? ¿Y de la salud mental?
2. Según su propia experiencia y conocimiento, ¿cómo diría que es considerado el proceso terapéutico y la salud mental desde el arteterapia?

3. En relación con su experiencia en el trabajo en el Hospital de Día, ¿qué elementos pudieron favorecer/dificultar la integración del arteterapia como disciplina y del/la arteterapeuta como profesional que la ejerce, para la atención integral a los adolescentes?
4. En relación con el esclarecimiento de los elementos específicos del arteterapia y del/la arteterapeuta como profesional experto en su disciplina, ¿cuáles diría que son dichos elementos y en qué manera se diferencian o no del resto de intervenciones presentes en el equipo terapéutico?
5. Por su experiencia y conocimiento, ¿cuál es su percepción sobre la aportación del arteterapia como disciplina integrada en el equipo terapéutico y el/la arteterapeuta profesional como profesional integrado en él?
6. ¿Considera el arteterapia como una disciplina suficientemente conocida en el ámbito de la salud mental en su comunidad o en el país? ¿En otros países? De no ser así, ¿a qué puede deberse?
7. En función de su experiencia, ¿qué aspectos metodológicos considera fundamentales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar en el equipo terapéutico y en qué medida estos favorecen/entorpecen la evolución de un tratamiento integral diseñado para cada paciente o grupo?
8. Si afirmamos que entre los profesionales de un equipo ha de darse un proceso de vinculación satisfactorio, ¿a qué considera basándose en su experiencia que se hace referencia? ¿Se trata de una mutua confianza en el saber profesional? ¿En la relación personal?
9. ¿En qué grado la existencia de un modelo dominante en la institución en la que trabaja (biologicista, dinámico, cognitivo-conductual, sistémico, etc.) puede influir sobre el desarrollo de los tratamientos y la mejora bio-psico-social de los pacientes?

10. En relación con la convivencia de varios modelos de los anteriormente citados y desde el prisma de su disciplina, ¿qué ventajas o desventajas cree que ofrecen en el ámbito de la salud mental?
11. ¿Qué modelos de relación entre los profesionales (horizontal, jerárquica, mixta, etc.) están presentes en su equipo de trabajo y en qué medida estos favorecen o entorpecen el trabajo terapéutico?
12. ¿Qué parte del trabajo interdisciplinar tiene que ver con la propia revisión de los roles y posiciones dentro del equipo como grupo o sistema?
13. Tras la realización de la entrevista, ¿a qué reflexiones o conclusiones ha podido llegar en relación con el objetivo de la misma?

Anexo III: Entrevista 3 realizada en grupo al equipo interdisciplinar en el que se basó la experiencia de observación recogida como antecedente.

Entrevista personal 3: el objetivo de esta entrevista es recabar información acerca de la percepción de los profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en los diferentes ámbitos, sobre la aportación desde el arteterapia como disciplina integrada en los equipos interdisciplinarios para la mejora bio-psico-social de la personas.

A continuación se señalan los ejes temáticos de la investigación, seguidos de las preguntas que habrán de contestar. Se ruega la devolución del documento cumplimentado en formato .doc

Proyecto de investigación de tesis: La integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico: experiencias desde la intervención con niños y adolescentes en salud mental infanto juvenil.

Investigadora doctoranda: Ana Serrano Navarro

Contacto: anaserranonavarro@gmail.com

Directora de la Tesis: Marián López Fernández Cao

- Concepción de la terapia desde la propia disciplina (marco teórico/conceptual).
- Concepción y mirada acerca de la salud mental de forma genérica, con especial énfasis en la salud mental infanto juvenil.
- Influencia del modelo institucional en el abordaje terapéutico por parte del equipo interdisciplinar.
- Papel del trabajo del equipo interdisciplinar en la mejora bio-psico-social de los pacientes. Metodología (reuniones, desarrollo de informes, etc.) de intervención interdisciplinar. Qué factores contribuyen a que sea más

efectivo/favorable el tratamiento diseñado para cada paciente y grupo y cuáles no.

- Vinculación del equipo terapéutico: modelos de relación horizontal, jerárquica, mixta, etc.
- Fortalezas y debilidades de la propia disciplina en relación con las disciplinas presentes en el quipo terapéutico.
- Comunicación, confianza y confidencialidad.
- Importancia de la obra arteterapéutica y papel que juega en la triangulación (reuniones, desarrollo de informes, etc.) y en el proceso terapéutico integral.
- Encuadre (similitudes/diferencias) entre el arteterapia y el resto de disciplinas.
- Percepción sobre la aportación del arteterapia y el/la arteterapeuta como disciplina/profesional integrada/o en el equipo terapéutico interdisciplinar.
- Tipo de triangulación en el equipo interdisciplinar y valoración/análisis de los datos.
- Conclusiones.

→ Preguntas de la entrevista personal

- ¿Cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene? ¿Cómo entiende la salud mental en el abordaje terapéutico desde su disciplina? ¿Y desde el arteterapia?
- ¿En qué grado la existencia de un modelo dominante en la institución en la que trabaja (biologicista, dinámico, cognitivo-conductual, sistémico, etc.) puede influir sobre el desarrollo de los tratamientos y la mejora bio-psico-social de los pacientes?

- En relación con la convivencia de varios modelos de los anteriormente citados ¿qué ventajas o desventajas cree que ofrecen en el ámbito de la salud mental? Dicho modelo, ¿afecta a su encuadre? ¿Favorece, perturba, es indiferente?
- En función de su experiencia, ¿qué aspectos metodológicos considera fundamentales para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinar? ¿Influyen positivamente en la evolución de un tratamiento integral diseñado para cada paciente o grupo?
- Los resultados del taller de arteterapia, ¿se incorporan a las reflexiones generales del tratamiento con la/el paciente? ¿Hasta qué punto esos resultados han llegado a ser determinantes/insignificantes?
- ¿Existe una comunicación profunda entre profesionales sobre los aspectos citados? Si no, ¿a qué puede deberse?
- Si afirmamos que entre los profesionales de un equipo ha de darse un proceso de vinculación satisfactorio, ¿a qué considera basándose en su experiencia que se hace referencia? ¿Se trata de una mutua confianza en el saber profesional? ¿En la relación personal?
- ¿Qué modelos de relación entre los profesionales (horizontal, jerárquica, mixta, etc.) están presentes en su equipo de trabajo y en qué medida estos favorecen o entorpecen el trabajo terapéutico? ¿Debe usted adaptarse al conjunto?
- ¿Cómo se organizan los objetivos generales del tratamiento con el/la paciente? ¿Y la metodología de intervención?
- ¿Qué parte del trabajo interdisciplinar tiene que ver con la propia revisión de los roles y posiciones dentro del equipo como grupo o sistema?
- ¿Cuáles considera que son las fortalezas y debilidades de su propia disciplina en relación con el resto de disciplinas presentes en el equipo terapéutico?

- ¿Qué aspectos sobre la comunicación, la confianza y la confidencialidad han de ser tenidos en cuenta para el trabajo interdisciplinar con el equipo terapéutico? ¿Cómo ha de manejarse en su opinión la información relativa a la obra/producciones en el intercambio entre los profesionales para el trabajo del equipo?
- ¿Cuáles son a su juicio las similitudes y diferencias en el encuadre entre el arteterapia y el resto de disciplinas con las que convive en el equipo en el que se integra? ¿Cuáles de ellas son valoradas como elementos favorables para la mejora y el cambio terapéutico personal?
- Por todo lo mencionado hasta ahora, ¿cuál es su percepción sobre la aportación del arteterapia como disciplina integrada en el equipo terapéutico y el/la arteterapeuta profesional como profesional integrado en él?
- ¿Qué métodos son los más favorables de los empleados para el desarrollo de la triangulación, y la revisión y análisis de los datos dentro del equipo terapéutico? ¿Qué valor tiene la triangulación para el avance y desarrollo del proceso terapéutico?
- Tras la realización de la entrevista, ¿a qué reflexiones o conclusiones ha podido llegar en relación con el objetivo de la misma?

Anexo IV: Transcripción de la entrevista 3.

Entrevistadora: ¿cuál es desde su disciplina y su identidad profesional, la concepción de la terapia/psicoterapia y el proceso terapéutico/psicoterapéutico que sostiene?

Enfermero/a: yo estoy tratando de ver cuál es la visión de mis compañeros para yo meterme ahí porque me cuesta responder a esa pregunta la verdad. A ver yo, ¿cómo veo un proceso terapéutico y psicoterapéutico aquí?

Psiquiatra: siendo enfermera aquí.

Enfermero/a: siendo enfermera, para mí el proceso psicoterapéutico aquí es un proceso terapéutico en el que se intenta una rehabilitación funcional del paciente a la vez que se tratan temas que le han llevado a su estado actual de patología de salud mental. ¿No? Y que él solo no puede abordar, le ayudamos a pensarla, le ayudamos a asimilarla,...y con el objetivo de recuperar una funcionalidad en su vida. Y a nivel desde enfermería, colaboro en un equipo multidisciplinar como enfermera especialista de salud mental, pues tengo una visión un poco más amplia que una enfermera generalista, y puedo meterme a opinar, a aconsejar, con mis compañeros. Me veo capacitada para centrarme en lo que es la salud mental, en el aspecto psicológico del paciente; y luego aparte como enfermera, como mi formación de enfermera, intento trabajar con el paciente aspectos que le faciliten esa funcionalidad diaria, a nivel de autocuidado, de autonomía, etc.

Psicólogo/a clínico/a: yo creo que aquí lo que tratamos también cuando entran y lo que llevamos en el equipo, es tratar de entender al paciente, cuales son las condiciones en que ha crecido, se ha desarrollado, que le han llevado a este quiebre biográfico y a esta situación crítica que le hace ingresar aquí. Y el proceso es ayudarle también a reconstruir un poco su historia, su narrativa, a tratar de entenderse a sí mismo y conocerse más para ver hasta dónde podemos llegar en ayudarle a recuperar un nivel de salud, la mejor que podamos ayudarle y que tenga posibilidades de adquirir.

Terapeuta ocupacional: yo lo veo como un acompañamiento al proceso que hacen con los compañeros desde lo terapéutico y yo me enfoco más desde el punto de vista de qué hacen, de ocio, de AVD, de cómo se manejan en casa, cosas nuevas que quieran aprender, como un poco más formación ocupacional para ahora y para el futuro dentro de cómo salgan.

Psiquiatra: yo soy el psiquiatra y quizás estoy un poquito más lejos, con un poco más de distancia de lo que es el proceso psicoterapéutico, lo cual no quita que (y me pongo del lado de el/la enfermero/a) desde la preocupación, desde el saber, la historia, la narrativa, que comentaba perfectamente el/la psicólogo/a de ellos, podamos entender y ellos con nosotros qué se ha producido, cómo se ha producido, qué circunstancias se han dado que podrían ser diferentes para intentar una reparación y si no, un cambio, en la dinámica del estar enfermo. Yo lo veo algo así como mucho más mecánico entre comillas, mucho más mecánico en el sentido de remover, de mover, de estar ahí, más que como un concepto más de “psico” que me queda más lejos quizás por la formación que tengo, en la que me pongo más ahí, más en lo inmediato, más en lo palpable, más en lo evidente, ¿no? Pero también con la misma naturaleza, la misma ideología de grupo en el sentido de que en mi caso, lo que se ve, lo más palpable, intentar modularlo de una forma diferente en que se entienda, en que lo entiendan, y que permita el cambio.

Psicólogo/a clínico/a: yo creo que lo difícil también es aunque cada uno tiene su especificidad, tiene su ámbito, pero que por suerte trabajamos todos, hasta el/la psiquiatra que ha venido hace nada, muy ensamblados, con lo cual es difícil a veces hasta parcializar. En las reuniones estamos todos aportando y recreando y ayudándonos a ver al paciente entre todos...Esa es mi sensación, yo creo. No creo que la tuviese si no pasara.

Terapeuta ocupacional: sí, porque los pacientes cuando tienen un problema si van a un profesional, acuden a un profesional, pueden igual acudir a otro.

Psiquiatra: sí, que esa parcialidad más funcional, no te restringe el contacto con los pacientes ni disocia a los pacientes a la hora de lo que tienen que hacer.

Psicólogo/a clínico/a: sí, yo esto lo estoy viendo como un cambio también en este último tiempo, que no está tanto como “soy de aquí o soy de allí”, no me parece mal, como más...

Enfermero/a: sí, más homogéneo todo.

Psicólogo/a clínico/a: más homogéneo, me parece más rico.

Enfermero/a: y yo creo que esto los pacientes lo perciben porque nosotros aunque vengan a mí a hacer una demanda que no es mía, que es más a trabajar en psicología o en psiquiatría, ellos tienen, reciben lo que buscan, y es que me lo comunican a mí pero se presenta el terapeuta a solucionar el problema, porque nos coordinamos, porque yo se lo transmito a mis compañeros.

Psicólogo/a clínico/a: porque está y entonces ellos lo viven. No tienen problema.

Enfermero/a: claro, nos viven como un equipo y a cualquiera de nosotros nos pueden formular una pregunta, o la duda, o la necesidad, y tienen una respuesta de una manera u otra. Y yo creo que eso es fruto de la coordinación, de que hablamos un montón, de que tenemos integrado el equipo. Yo cuando estoy pensando en un paciente no solamente pienso en los objetivos de enfermería. Si capto cosas del resto de mis compañeros, en seguida lo intento recoger y transmitírselo.

Psicólogo/a clínico/a: estamos todos pendientes, sí, “mira este tal cosa”.

Enfermero/a: yo eso lo percibo también de mis compañeros enseguida. Tenemos un funcionamiento en red muy bueno.

Entrevistadora: ya que estáis sacando este tema, una de las preguntas sería: ¿Cómo se organizan los objetivos generales del tratamiento para con cada paciente? Incluido en este caso el arteterapia.

Psicólogo/a clínico/a: precisamente vamos a tener la reunión dentro de un rato.

Enfermero/a: tenemos una reunión cada quince días.

Psicólogo/a clínico/a: cada quince días nos reunimos y se revisan los objetivos, los de los nuevos pacientes se establecen y se revisan los de los pacientes que ya están ingresados y entre todos vamos coordinando qué objetivos, horarios o en común, vamos a trabajar, en un periodo de tiempo; y luego se vuelven a revisar, si van resultando, si no van resultando, qué ajustes hay que hacer o qué seguimiento se mantiene. Y nos reunimos todos para eso.

Entrevistadora: ¿y se incluyen los objetivos de arteterapia como parte del conglomerado?

Psicólogo/a clínico/a: hay casos particulares en los que sí que los hemos puesto pero normalmente están englobados en los que son los generales. Aprovechamos a reunirnos cuando está la arteterapeuta porque es el único momento en que podemos estar todos juntos.

Entrevistadora: ¿y sobre la metodología de intervención? Que viene a ser la forma desde cada uno de vuestros espacios de incidir con cada uno de los pacientes, en función de estos objetivos. A lo mejor hacer más énfasis desde el área más ocupacional como decías tú, o si es desde arteterapia; o quizás más entrar desde un lado y el resto estar esperando a que se produzca algún tipo de movimiento y de cambio y entonces ahí...

Psicólogo/a clínico/a: depende de cada paciente, a veces son simultáneos, a veces estamos esperando más a que funcione una cosa como puede ser la medicación para intervenir más terapéuticamente.

Enfermero/a: depende, a veces preferimos trabajar más simultáneamente y otras veces esperamos en plan “voy a trabajar esto con él o me voy a esperar a que trabajes tú esto otro”, depende. Son planes de tratamiento individualizados, entonces con cada paciente funcionamos de una manera.

Entrevistadora: y desde esa especificidad, ¿se ha dado algún caso en el que hayáis visto que desde arteterapia era más viable comenzar de forma que se posibilitaba un movimiento hacia el que quizás no era posible acceder desde un acercamiento más verbal?

Todos/as: sí.

Psicólogo/a clínico/a: sí, y se ha hecho.

Enfermero/a: algunos pacientes se abren muchísimo con arteterapia y dan lugar a trabajar cosas que en otras...

Psiquiatra: lo que hemos valorado últimamente por ejemplo en un paciente concreto, es que después de estar aquí muchos meses, desde septiembre para acá (se refiere a once meses) los espacios donde está poniendo sus situaciones, su problemática, su dificultad, son arteterapia y psicodrama.

Psicólogo/a clínico/a: las dos artísticas.

Psiquiatra: que son los dos grupos de manifestación de “lo de dentro” más activa y menos verbal, por decirlo así.

Psicólogo/a clínico/a: sí, que la expresión más verbal de la comunicación que hacen de lo que les ocurre.

Entrevistadora: ¿y habéis podido rescatar un poco cómo valoran eso los pacientes?

Psicólogo/a clínico/a: bien, es que ellos todo lo que les sirve lo rescatan bien y además depende de cada paciente, hay algunos que eso les traba más porque se sienten más cómodos en lo verbal y se resisten a trabajar en las terapias con otro tipo de lenguaje prioritario, pero los que pueden están encantados, claro.

Enfermero/a: hay alguno también que se remueve demasiado, que está abriendo mucho ahí que no puede abrir en otros espacios y hay que ir despacio con ellos, y hay que coordinarse mucho con la arteterapeuta porque hay quien lo vive amenazante. Pero hay gente que lo vive liberador, yo creo que hay de las dos.

Psiquiatra: claro, en el caso que estábamos comentando, el paciente sabe que podemos trabajar en otros espacios contenidos que han aparecido en arteterapia o en psicodrama y se siente desahogado, no le estamos obligando.

Entrevistadora: habéis dicho que existe una comunicación profunda entre vosotros y es evidente porque se palpa. De no darse, o no haberse dado en otros momentos o en otras situaciones que habéis vivido, tanto a lo mejor los que estáis aquí juntos o de manera individual, ¿a qué creéis que puede deberse? Así, generalmente, en un equipo multidisciplinar.

Psicólogo/a clínico/a: a tantas cosas...

Enfermero/a: ¿cómo sería si no existiera comunicación?

Entrevistadora: si no se diera, o no se ha dado en algunas ocasiones una comunicación tan fluida que señalabais todos como muy significativa y que está produciendo cambios en el trabajo, como estáis viendo que es algo positivo. Cuando hayáis visto que no se ha dado, ¿a qué creéis que puede deberse?

Enfermero/a: a la carga de trabajo, no tener momentos para reunirnos, etc.

Entrevistadora: ¿puede tener que ver algo con los roles o perfiles?

Psicólogo/a clínico/a: muchos cambios, por ejemplo al principio; distintas maneras de entender la psicopatología de los pacientes también, de cómo abordar, etc.

Enfermero/a: sí, de criterios.

Psicólogo/a clínico/a: exacto.

Terapeuta ocupacional: se nota más cuando nos vamos de vacaciones en que te comunicas menos, o cuando viene un equipo nuevo a suplir. Pero pienso que haces trabajo doble si no te comunicas con el compañero. Nos pasaría mucho si no habláramos (refiriéndose al enfermero/a), solaparíamos el trabajo.

Psiquiatra: yo creo que igual que para que las cosas vayan bien hace falta tener cuidado en muchos factores: personales, laborales, comunes, la habilidad, el deseo, la motivación, hay muchas historias, cuando alguno de estos falla, y son muchos, las cosas no van bien. Y entonces a mí se me antojan dentro de mi experiencia muchos motivos y ninguno agónico, para que las cosas no hayan ido bien. Desde lo más personal, sobre cómo está uno, hasta la situación laboral que pueda tener cada uno, hasta cómo los equipos que se renuevan, o son muy nuevos o son muy viejos y ahí se enquistan, pierden dinámica, hay muchos factores. Es más fácil que las cosas vayan mal a que vayan bien.

Enfermero/a: todos somos personas al fin y al cabo, es inseparable.

Psicólogo/a clínico/a: y además que es bastante duro el trabajo en este dispositivo.

Enfermero/a: quema mucho, es verdad.

Psicólogo/a clínico/a: si no te acompañas...

Psiquiatra: estás muy expuesto, lo que hace cada uno es visible desde todas las esquinas.

Psicólogo/a clínico/a: con lo cual también puede generar mucho...

Entrevistadora: ¿y dedicáis parte del trabajo del equipo a revisar precisamente toda esta cuestión? La dinámica interna del propio equipo, tanto por un lado los roles, la estructura, cómo está funcionando el equipo dentro de un espacio de supervisión, si es que tenéis o no, conjunta.

Enfermero/a: ahora mismo tenemos un nivel de confianza entre nosotros en que surge espontáneamente y creo que podemos permitirnos preguntar oye qué te pasa, te veo de esta manera, etc.

Psicólogo/a clínico/a: podemos hablar entre colegas diciendo “oye mira esto yo no lo hubiera hecho así, tú qué opinas, etc.”.

Psiquiatra: yo llegué hace poco pero esa confianza estaba ahí con lo cual mucho más fácil.

Entrevistadora: sí pero es algo que parece que ha surgido de la dinámica del propio grupo de trabajo, pero no hay algo establecido.

Todos: no.

Entrevistadora: y en relación con esto de la comunicación, hay dos aspectos más, la confianza y la confidencialidad. La pregunta va en la línea de ¿cómo entendéis esto a la hora del trabajo interdisciplinar, a la hora de compartir la información relativa a un paciente? Y dentro de eso, ¿qué pasa también con las producciones en arteterapia o en psicodrama, o las producciones que puedan surgir en uno u otro espacio, ya sean verbales o no, hasta donde pueden ser comunicadas entre los profesionales, etc.?

Todos: todo.

Enfermero/a: todo, pero se queda aquí. Lo confidencial es aquí, en el equipo.

Psicólogo/a clínico/a: todo se comparte.

Entrevistadora: y las obras o producciones en arteterapia, ¿forman parte de la comunicación? ¿Se ven aquí?

Psicólogo/a clínico/a: muchas veces sí.

Psiquiatra: no completamente pero sí. Tenemos el filtro del/la psicólogo/a quien transmite la dinámica de arteterapia.

Entrevistadora: ¿y os parece que la obra ayuda muchas veces a entender mejor la dinámica del proceso o de lo que se trabaja?

Psiquiatra: aporta muchos datos.

Enfermero/a: a mí me parece que sí.

Psicólogo/a clínico/a: a veces es muy inmediato.

Entrevistadora: sobre el encuadre en arteterapia y otras disciplinas, no tanto porque arteterapia sea especial sino por entender las posibles diferencias. ¿Creéis que hay muchas diferencias: cómo está delimitado, posiciones dentro de éste, límites, pautas, etc.? Y de haber alguna diferencia, si esta puede ser interesante para tener en cuenta como parte del trabajo terapéutico.

Psicólogo/a clínico/a: es realmente el espacio donde gozan de más libertades en cuanto a movimiento por la sala, uso de los materiales, incorporación del cuerpo, porque en psicodrama donde hay más trabajo corporal y la dinámica grupal es mucho más fuerte, no se da esa libertad con relación al espacio.

En arteterapia realizan un trabajo más individual y un cierre común. Por lo tanto, la dinámica emocional es más intensa con el grupo en psicodrama, de manera que si alguien está en otra cosa afecta al grupo, lo mismo que la terapia de grupo. Es decir, que el trabajo grupal yo creo que es mayor en otros espacios que en arteterapia.

Y lo que a veces de esa libertad sí nos ha llegado es que igual que les permite ver, también les ha descolocado, pues el que algunos se permitan hacer lo que quieren, salir o entrar de la sala, les quita a otros en su trabajo de conexión consigo mismos.

A veces según los grupos esto les va bien y otras veces no les va tan bien.

Psiquiatra: en cualquier caso da información porque esas incidencias no se dan a través de la obra sino del contacto con la norma.

Psicólogo/a clínico/a: sí, y da bastante información de cómo uno es.

Entrevistadora: respecto de la triangulación, ¿cómo lo hacéis vosotros? Qué pre-pautado incluso, para la recogida de datos, para su análisis, para compartirlos o no, qué métodos o sistemas incluido arteterapia.

Psicólogo/a clínico/a: no lo hacemos tan complejo como lo planteas, es mucho más espontáneo, más natural que esto que planteas. Lo que sí hacemos cuando planteamos objetivos y donde además estamos revisando la evolución, ahí lo recogemos y se vuelca un pequeño resumen. Ahí más que nada, son los objetivos que se vayan a plantear y luego cada uno tiene un espacio en el que lo que va saliendo de la revisión

entre todos, va haciendo un volcado informático. Al final de todo eso está en los informes.

Lo realizamos en las reuniones de equipo, en las que estamos todos aportando lo que vemos.

Entrevistadora: los resultados y valoraciones que veis del taller de arteterapia, ¿se incorporan a la historia del paciente?

Psicólogo/a clínico/a: todo lo que van trabajando ellos se vuelca semanalmente y a la historia del paciente.

Entrevistadora: ¿incluida la obra?

Psicólogo/a clínico/a: la obra no va volcamos.

Psiquiatra: pero queda archivada.

Psicólogo/a clínico/a: queda archivada, yo escribo y las describo, pero no las escaneo.

Entrevistadora: volviendo al tema de los roles en el equipo, ¿conviven diferentes posiciones o modelos terapéuticos, y qué efecto tiene esto con los pacientes?

Enfermero/a: cada uno estamos formados con una línea de formación y trabajo pero intentamos integrarlo.

Psiquiatra: en ese sentido ninguno funciona de forma ortodoxa, cada uno no solo ve lo suyo sino que se permite ver desde el otro.

Enfermero/a: nos permitimos integrarlos. Hay talleres en los que cogemos un modelo más conductual, otros más psicodinámico.

Psiquiatra: y todos suman.

Psicólogo/a clínico/a: todos suman porque es verdad que desde cada uno se sacan distintas situaciones beneficiosas para los pacientes y para entender.

Entrevistadora: ¿en la propia institución no hay marcada una línea específica?

Todos: no.

Entrevistadora: ¿qué valor tendría en sí misma la interdisciplinariedad? ¿Qué aporte tiene esto de valor real hacia el proceso terapéutico?

Enfermero/a: es más integral, es más global, es una atención de mayor calidad hacia el paciente y más completa.

Terapeuta ocupacional: y no solo de recuperación, genera esa confianza entre nosotros y en el proceso, y no cada uno por su lado.

Psicólogo/a clínico/a: al respetar entre nosotros las distintas miradas, para ellos quedan validados también los distintos espacios donde trabajan.

Entrevistadora: en ese trabajo que realiza el equipo hasta que se compacta, ¿hay una parte que tenga que ver con la creación de un vínculo personal, un trabajo de conocimiento más desde lo humano? ¿O es más desde el respeto al otro, desde su posición, el entendimiento de sus experiencias y conocimiento?

Enfermero/a: yo creo que sí tiene que haber, es muy importante, la buena relación entre nosotros, para poder trabajar a gusto y en confianza.

Psicólogo/a clínico/a: con los años hemos vivido personas distintas experiencias, poder compartirlas, poder acompañarnos, apoyarnos, ...

Psiquiatra: si es importante en cualquier labor, en esta más, porque es una labor muy humana de cara a un tercero que tiene que sentir que somos humanos y nos manejamos como mortales.

Psicólogo/a clínico/a: muy expuesta.

Entrevistadora: ¿cuál sería la que consideras la fortaleza o debilidad de tu disciplina y cuál puede ser la fortaleza o debilidad del arteterapia?

Psicólogo/a clínico/a: en este espacio ninguna es fuerte si no se coordina con las demás. Es muy difícil ya cuando llevas un tiempo trabajando hasta deslindar, hasta dividir, separar. Es que yo creo que si no, cada una, se vuelve floja.

En este tipo de hospital donde estás tan cuerpo a cuerpo con el paciente.

Enfermero/a: en el caso de psiquiatría yo si señalaría un tratamiento más médico, más farmacológico, el/la psiquiatra es el único que puede aplicarlo.

Psiquiatra: yo me voy precisamente al extremo contrario. Pese a que es una disciplina médica donde los protocolos son más fuertes y los resultados, sin embargo en este dispositivo se vuelve más débil.

Y más a este nivel de asistencia. Cuando los pacientes llegan aquí han pasado por cuarenta profesionales que están fuera. Aquí te sientes un poco entre la espada y la pared porque se espera que des una respuesta médica cuando en muchos casos la inexistencia de esa respuesta médica es lo que trae a los paciente aquí.

Es así, no es una disciplina fuerte la psiquiatría y menos a estos niveles. Yo lo vivo así, con una cierta ambivalencia. Necesaria es la medicación pero puntual.

Psicólogo/a clínico/a: sí, pero coordinada y entendido el paciente globalmente.

Psiquiatra: tienes que estar en otro lado porque desde luego la omnipotencia se te cae a los pies.

Psicólogo/a clínico/a: ninguna realmente aquí sola hace nada. Por eso es tan importante el trabajo en equipo. Ninguna sola avanza con el paciente.

Entrevistadora: última pregunta, ¿qué papel creéis que el arteterapia puede tener en los equipos interdisciplinarios? Imaginamos un futuro en que esta figura pudiera estar en el equipo de forma estable como de hecho ocurre en otros países. ¿Cuál creéis que puede ser su aporte?

Psicólogo/a clínico/a: lo que más puede aportar es que es otro lenguaje diferente donde hay muchos pacientes, sobre todo los graves, a los que el lenguaje verbal les traba, lo tienen deteriorado y directamente lo utilizan para defenderse y no comunicar lo que tienen que comunicar para ser ayudados. Desde ahí me parece que tiene una gran fortaleza.

La gran debilidad, y esto ya no es por lo visto aquí sino porque yo me he ido metiendo más y conozco, y es que hay mucha gente que tiene formación artística pero carecen casi todos de una buena formación psicopatológica. Y mientras sigan teniendo ese pie cojo no deja de ser como un deseo de querer ayuda desde lo artístico y queda en “pura paja”. Tenemos suerte en el equipo con la arteterapeuta. Depende del profesional que trabaja.

Enfermero/a: es lo mismo que en cualquier otra disciplina, si viene un/a enfermero/a que no tiene formación en psicopatología no es lo mismo su trabajo que el que se desarrolla con los pacientes y con los compañeros. En un campo tan específico si no tienes una formación de base es muy difícil.

Psicólogo/a clínico/a: son pacientes que vienen normalmente porque han fracasado en otros tratamientos.

Terapeuta ocupacional: podríamos pensar que solo pintan, pero no solo es eso, escriben, hablan con el/la arteterapeuta. Si no lo recoge o no lo contiene, no es posible.

Psiquiatra: su fortaleza es claramente abrir una vía de comunicación nueva con pacientes que tienen serias dificultades en el deterioro de la historia, desde la incapacidad de haber podido comunicar esa historia. A pacientes más graves y más deteriorados, mayores posibilidades de apertura.

Yo creo que todos los equipos están abiertos, o debería ser así, a aportaciones y ayudas. Ocurre que pueden sentir los profesionales peligrar su puesto de trabajo, sin tener en cuenta planteamientos clínicos o duplicidad de tareas.

Anexo V: Anexo al cuestionario sobre la realidad profesional realizado por FEAPA, diseñado para la investigación de tesis

*** Viene de página 3:**

En caso de que la respuesta sea afirmativa, le agradeceríamos colaboren con la investigación doctoral que se está llevando a cabo sobre este tema, y para la que adjuntamos un breve documento anexo.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO I

Bajo el presente se solicita los datos de contacto de aquellos/as arteterapeutas profesionales que desarrollan su trabajo de forma integrada en un equipo interdisciplinar.

El objetivo es colaborar en el proyecto de investigación de Tesis que se está desarrollando bajo el título: *“La Integración del Arteterapia en los equipos interdisciplinares en el ámbito clínico”*, dentro del programa de Doctorado “Aplicaciones del Arte a la Integración Social: Arte, Terapia y Educación en la diversidad”, de la Universidad Complutense de Madrid, cuya arteterapeuta investigadora principal es Ana Serrano Navarro, miembro de AFIA Foro Iberoamericano de Arteterapia y Arteterapeuta acreditada por la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia.

El uso de los datos será el estrictamente relacionado con la investigación y no será brindado a terceros.

Si consiente que la arteterapeuta investigadora contacte con usted, por favor rellene los siguientes campos:

Nombre:

Email:

Centro de Trabajo:

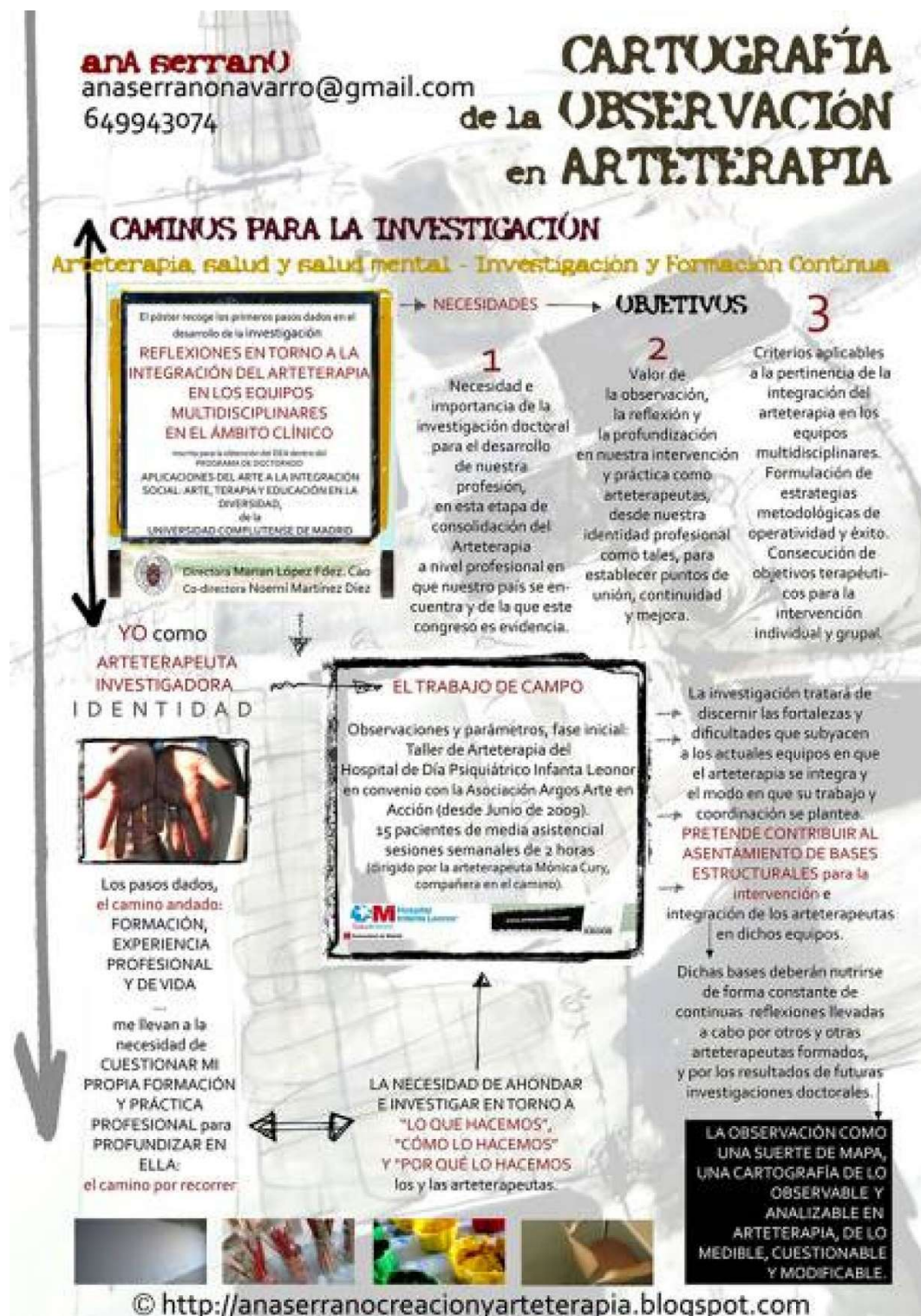
Para cualquier duda o aclaración, contacte por favor con la arteterapeuta investigadora en la siguiente dirección: anaserranonavarro@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración y esfuerzo.

Al finalizar la investigación le haremos llegar los resultados de la misma.

Anexo VI: Pósters presentados en congresos

→ Cartografías de la Observación en Arteterapia. Caminos para la Investigación. (Presentación póster I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA).




→ **Blanco roto: posibilidades de construcción y deconstrucción desde el arteterapia.** (Presentación conjunta póster y vídeo I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA).


BLANCO ROTO

Posibilidades de construcción y deconstrucción desde el Arteterapia

ARTETERAPIA, SALUD Y SALUD MENTAL - INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUA



MÓNICA CURY ABRIL *









ANA SERRANO NAVARRO **

Testimonio audiovisual y gráfico de una sesión que se constituye desde la terapéutica como paso en la deconstrucción de la identidad patológica característica de los pacientes en salud mental y desde la investigación, como observación del grado de cohesión y articulación del arteterapia en el equipo multidisciplinar del Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor.

EL DOCUMENTO AUDIOVISUAL ESTÁ SIENDO TRANSMITIDO EN LA SALA DE VÍDEO

Esta sesión se desarrolla tanto desde el objetivo como desde la metodología, de una manera distinta al proceso arteterapéutico que se sigue en el centro con una frecuencia semanal, donde se interviene desde la individual hacia lo grupal.


En pos de este objetivo participan conjuntamente todos los pacientes, **COMO EXPERTOS EN EL MUNDO**, y el grupo de terapeutas, **COMO EXPERTOS EN SUS DISCIPLINAS**, consolidando de esta forma la concepción de equipo que trabaja unido hacia un mismo objetivo: la recuperación y reinserción social de los pacientes participantes.

El por qué de una sesión como esta responde a dos miradas: la arteterapéutica y la investigadora.

Desde el arteterapia se articula un proceso de reconstrucción simbólica de la identidad personal. Proceso que se inicia en la persona y trasciende las fronteras invisibles que el marco de la enfermedad genera.

* "...Cómo se puede transformar la realidad individualmente y en grupo..." M. Cury











La comprobación del cumplimiento del objetivo planteado se recoge en la expresión de los sentimientos de los pacientes al finalizar la sesión: confrontados, unión, equipo, calor, desahogo, vibración, intensidad, fuerza...

* "...Cómo se puede observar y analizar la realidad de la intervención..." A. Serrano

Desde la investigación, el documento es muestra de la observación y análisis en arteterapia, del estado de su proceso de integración con las intervenciones multidisciplinarias de la institución. Certifica la pertinencia del arteterapia en el ámbito clínico y consolida nuestra identidad profesional.

Las observaciones y conclusiones son parte de la investigación de Doctorado Reflexiones en torno a la Integración del Arteterapia en los equipos multidisciplinarios en el Ambito Clínico; del programa de doctorado Aplicaciones del Arte a la Integración Social: Arte, Terapia y Educación en la Diversidad (I.I.C.H.), que se desarrolla en el Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor en convenio con la Asociación Argos Arte en Acción.

* Arteterapeuta a cargo de la intervención
** Arteterapeuta a cargo de la investigación

→ Cartografías de la observación en arteterapia II. Caminos para la investigación desde la práctica interdisciplinar.

II Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA Mirada interna, realidad externa **CARTOGRAFÍAS DE LA OBSERVACIÓN EN ARTETERAPIA II** Caminos para la investigación desde la práctica interdisciplinar

Ana Serrano Navarro
anaserranonavarro@gmail.com
anaserranonavarro.com

El **PÓSTER-MAPA** refleja visualmente los **caminos** trazados desde la **investigación y práctica clínica interdisciplinar** para el desarrollo del **Arteterapia** y la

Dichos caminos se entretrejen dibujando **recorridos** dentro del marco del **proyecto de investigación de tesis**.

Investigadora principal: Ana Serrano Navarro
Directora: Marián López Fdez. Cao
Universidad Complutense de Madrid
Programa de doctorado Aplicaciones del Arte a la Integración Social
Arte, Terapia y Educación en la Diversidad.



Póster
I Congreso
Nacional
de Arteterapia
FEAPA
Girona, 2009

Esta cartografía que comparto se viene dibujando desde 2009, continúa con fuerza en mi camino, el que vengo recorriendo y que me invita a cuestionarme, lo que hago, lo que hacemos, para seguir creciendo como profesionales fortaleciéndonos en los logros alcanzados: **cartografía de lo observable, cuestionable, analizable,... y quizás ¿comparable? ¿medible?**

reflexión que esta genera y favorece en torno a nuestra **identidad y aporte profesional**, en relación con los **equipos interdisciplinarios** presentes en las **instituciones** en las que se integra.

Como una cartografía de posibilidades, las experiencias pasadas¹ nos acompañan en el cuestionamiento, entendimiento y mejora de las presentes², confrontándonos con el ejercicio de mirar, en mi caso con **DOBLE MIRADA**³ **arteterapeuta-investigadora**.

MARCO
Proyecto de investigación de tesis:
"La integración del Arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico"

CAMPO
Experimentación teórico-metodológica y experiencias clínicas institucionales de continuidad.

Estas experiencias institucionales que van configurando la **cartografía de observación**⁴ son entendidas como **ESTUDIOS DE CASO**⁵, que evolucionan de forma propia en relación con la naturaleza de su propio contexto.

CRITERIO Y JUSTIFICACIÓN PARA LA ELECCIÓN DE LA MUESTRA

Las referencias nacionales e internacionales favorecen la diversificación comparativa, lo que nos ayuda a detectar fortalezas y debilidades en nuestra disciplina en relación con otras de mayor trayectoria y desarrollo teórico, desde la propia práctica profesional de los y las arteterapeutas.

Generando posibles **maneras para la integración**, repensadas desde la **convivencia disciplinaria** (multi-inter-transdisciplinaria: límites y potencialidades).

Bajo este criterio, se **formulan** planteamientos específicos para la aplicación de los diferentes **instrumentos de la investigación**: **observación, recogida, procesamiento, análisis, evaluación y triangulación de los datos/información, a partir de hilos de observación-reflexión-intervención y análisis**, que comprenden: metodologías de trabajo en equipo, planteamientos estructurales y modelos de intervención, esclarecimiento de objetivos terapéuticos interconectados, intercambio de información y comunicación interdisciplinar, manejo y nueva configuración de las historias y registros clínicos, fortalecimiento de la identidad profesional y currículo propio/ajeno, formación continuada interdisciplinar, posicionamiento teórico, [...]©

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS DISEÑO Y RE-DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

La investigación persigue así clarificar **criterios aplicables a los procesos de integración del arteterapia**, y el modo en que han de recorrerse en términos de **crecimiento y desarrollo exponencial del conocimiento y de la intervención**, de modo que favorezcan en último lugar la consecución de los objetivos terapéuticos planteados para la intervención individual y grupal de cada contexto en particular, y en esa dirección, el mejor desarrollo profesional de cada uno de los integrantes del equipo.

El conocimiento deja de estar así delimitado para regenerarse en el **espacio potencial**⁶ que surge de la **convivencia de dos límites que se desdibujan**. La terminología ha de ser esclarecida, consensuada y compartida, así como la vinculación del equipo con los procesos creativos y sus posibilidades.

LEYENDAS Y REFERENCIAS

1. Proyecto de investigación y realización de DEA (Junio de 2009-Octubre de 2010) Diploma de Estudios Avanzados «Reflexiones en torno a la Integración del Arteterapia en los Equipos Interdisciplinarios en el Ámbito Clínico», en convenio con Argos Arte en Acción. Arteterapeuta investigadora: Ana Serrano Navarro. Estudio de Caso: Hospital de día Infanta Leonor de Vallecas, dirigido por Mónica Cury Abril.
2. Proyecto de Arteterapia Hospital de Día Centro Educativo Terapéutico San Agustín, concertado con la Comunidad de Madrid, en convenio con Argos Arte en Acción. Arteterapeuta investigadora principal: Ana Serrano Navarro.
3. Ver Póster «Blanco Roto : posibilidades de construcción y deconstrucción desde el arteterapia». Ana Serrano Navarro y Mónica Cury Abril. I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA. Las voces de la profesión y sus campos de intervención. Girona, 2009.
4. Ver Póster «Cartografías de la observación en arteterapia: caminos para la investigación». Ana Serrano Navarro. I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA. Las voces de la profesión y sus campos de intervención. Girona, 2009.
5. Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico San Agustín, concertado con la Comunidad de Madrid. Arteterapeuta: Ana Serrano Navarro. Hospital de Día Infanta Leonor de Vallecas. Arteterapeuta: Mónica Cury Abril. Unidad Infanto-Juvenil Hospital de día Infanta Leonor de Vallecas. Arteterapeuta: Ana Serrano Navarro. Unidad Infanto-Juvenil del Hospital de Día Perpetuo Socorro de Albacete. Arteterapeuta: Inmaculada Rodríguez Cambrónero. Centro terapéutico concertado de tarde en Madrid capital. Arteterapeuta: Carmen Menéndez Pérez. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Arteterapeuta: María del Río Diéguez. Otras experiencias.
6. Winnicott D (1994) Juego y realidad. Barcelona: Gedisa

→ La rareza que hay en mí. Presentación de un caso clínico en arteterapia con un niño que sufre trastorno del vínculo.

II Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA - EXPOSICIÓN DE CASOS EN ARTETERAPIA

LA RAREZA QUE HAY EN MÍ

Presentación de un caso clínico en arteterapia con un niño que sufre trastorno del vínculo



Ana Serrano Navarro
anaserranonavarro.com
anaserranonavarro@gmail.com

La rareza que hay en mí, es la presentación de un caso clínico en arteterapia con un paciente del HD-CET San Agustín, un hospital de día – centro educativo terapéutico del municipio de Leganés y concertado con la Comunidad de Madrid, en sesiones semanales, de 45 minutos de duración, desde Octubre de 2012.

K es un niño de 12 años, adoptado de origen ruso, cuya historia clínica nos deja entrever que además de ser un pre-adolescente con las dificultades de diferenciación identitaria que esto de por sí conlleva, sufre por diagnóstico trastorno reactivo del vínculo con expresión de rasgos autistas y obsesivos. K es curioso, creativo y firme. Es leal y comprometido, también solitario y exigente en su demanda hacia los otros y hacia la arteterapeuta.

El relato que acompaña, nos sirve de mapa para mostrar el recorrido de K en la búsqueda de una simbolización propia e identitaria, un camino hacia sí mismo en relación con la arteterapeuta y con los otros, ante quienes la obra le expone y muestra sin el limitante temor que aparece en su manejo social.

RELATO NARRATIVO-VISUAL DE LA RESTITUCIÓN DE UN VÍNCULO A TRAVÉS DE LA OBRA

INICIO DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO. SESIONES 1-7





SESION 1 La papiroflexia. SESION 7 La explosión.

Esta búsqueda le está permitiendo encontrar un espacio para la expresión y el encuentro consigo, con su rareza y malestar a menudo incompresibles e insoportables, con su dificultad para ser con los otros y con su sensación de diferencia excluyente del mundo; pero también, con un nuevo abanico de recursos y capacidades para la creación que poco a poco, intentamos se traduzcan para sí en su vida. Una vida marcada por su adopción de origen, pero repleta de matices asociados a ella que le dificultan el entendimiento de quién es y de cómo siente que es.

VALORACIONES: K acudía al centro acompañado de objetos. Con el tiempo, ya no los trae, pero estos re-aparecen. Inicio del proceso de vinculación con arteterapia, encuentro con las capacidades y recursos expresivos. Se inicia un viaje desde lo conocido, la papiroflexia, hacia lo "posible" e inexplorado.

INICIO DEL RECONOCIMIENTO SIMBÓLICO Y EMOCIONAL. SESIONES 8-14





SESION 10 Entre el bienestar y el malestar, la rareza. Los símbolos presentes en sus obras, reaparecen, se repiten en relación con diferentes momentos, acudiendo a él que los brinda a la sesión como parte de un idioma propio y convirtiéndose así en señales, en muestras, en avisos,... lo que hace que cualquier lectura compartida que podemos hacer, vaya siempre al compás de su sentido. Símbolos como puertas que se abren a la mirada de la arteterapeuta que ha de aprender a reconocer. Puertas que de no ser vistas, de nuevo, se cierran.

VALORACIONES: Reconocimiento expresivo emocional a través de los símbolos presentes en las obras. Repeticiones y atribuciones significativas personales. Vinculación exponencial con el proceso de creación, el espacio arteterapéutico y la arteterapeuta.

CONSOLIDACIÓN DEL PROCESO CREADOR-IDENTITARIO. SESIONES 15-23





SESION 15 Uno de los sobres es para A, la obra doblada en su interior. El otro es para que yo lo guarde. A cada tanto, comentamos que lo tengo, él parece sorprenderse, me pide que siga así. K se reconoce en arteterapia, lo siente su lugar. Puede ser él sintiéndose tranquilo. Su demanda hacia el espacio y hacia mí es creciente y exigente, tanto como lo es la demanda hacia sí mismo siendo siempre esta última mayor. Me mezo con ella en un ritmo trasfuerzal intenso que deja huellas y posee significados. El establecimiento del vínculo entre nosotros ha sido lento, pero no todo lo lento que cabría esperar en alguien cuyo sistema de apego se encuentra fragmentado, desubicado,...cuyos afectos se distorsionan por un torbellino de sentimientos contradictorios. Este estrecho vínculo que siento de cuidado mutuo, ha posibilitado caminos para una expresión emocional generosa y sincera.

SESION 22 La vida como un juego en el que has de seguir las casillas y que a cada tanto te expulsa casi sin darte cuenta.

VALORACIONES: Integración de los "hallazgos plásticos", caminos para la expresión que le permiten transitar del lado de la dificultad, la rareza, la enfermedad,... hacia el entendimiento, la proyección, la identificación con otros personajes, otras posibilidades, consigo mismo.

ENCUENTRO DESDE SÍ HACIA Y CON LOS OTROS. SESIONES 24-26. CONTINUIDAD






SESION 24 Lo efímero. K construye una "montaña" con materiales plásticos que quiere destruir después. Para guardar registro de ello, además de en la memoria, como tantas experiencias pasadas, decide fotografiar el proceso, pero para hacerlo, necesita ayuda de otro, necesita confiar. Lo hace.

VALORACIONES: Apertura hacia los otros a través de la creación y el juego, en un espacio seguro desde el que ser, de forma integral. Integración de aspectos del relato e historia de la propia vida: infancia temprana. La memoria, el origen, la identidad.

SESION 26 El pensamiento del demonio y la "matroska". K trabaja casi toda la sesión en la primera imagen, "el pensamiento del demonio". Habla de la sensación que él tiene tantas veces de que una cosa está dentro de otra, y de otra, y de otra...como en una "matroska". Crea después la segunda imagen, una de las tres que tiene en casa, se las trajo de Rusia, se las regalaron en la casa-cuna. Si yo quiero, me traerá una. Es la tercera vez que Rusia aparece en AT, pero es la primera que un relato de sí, la acompaña y es compartido.

1. DSM-IV R. Sin negar el diagnóstico, integración metodológica del enfoque apreciativo (EA). (COOPERIDER Y SRIVASTRA).

2. El proceso de creación en las terapias creativas. (MATEOS HDEZ, L. Coord.).

3. Relación/Vínculo terapéuticos. (BOLIVY, J., MODALES, M. Revista Inspira ATn. CURY, M Y MASINI, C. Revista de Arteterapia UCM Vol.07).

4. Psicología humanista. Rogers, Maslow, Ferli... Su enfoque y aplicación en arteterapia. Ser integral: bio-psico-social. Perspectiva integradora (Martorell, J.).

5. (KLEIN, M. ABAD, J.). La aparición y construcción de símbolos en los procesos y manifestaciones creativas. (WINNICOTT, D.). Todo "lo transicional": el juego, el objeto, la adolescencia, el arteterapeuta...

6. (FIORINI, H.). Procesos terciarios.

7. La historia de vida. Aportaciones desde las prácticas narrativas.

8. Definición de Arteterapia (FEAPA). Definición construida desde la práctica reflexivo-experiencial, de-construcción/re-construcción. Epistemología constructivista, importancia de lo interpersonal.

ALGUNAS REFERENCIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

→ Arteterapia y transdisciplinariedad. Una vía para repensar la práctica clínica desde la investigación.

III CONGRESO NACIONAL DE TERAPIAS CREATIVAS 2013

Arteterapia y transdisciplinariedad: UNA VÍA PARA REPENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA INVESTIGACIÓN.

Ana SERRANO NAVARRO/Mónica CURY ABRIL

MAPA VISUAL DEL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El póster recoge las conclusiones y evolución de uno de los casos observados como parte del proyecto de investigación de tesis "La Integración del Arteterapia en los Equipos Interdisciplinarios en el Ámbito Clínico", que postula su hipótesis desde el entendimiento/cuestionamiento de la práctica clínica e investigación para el desarrollo del Arteterapia y la reflexión que genera y favorece en torno a nuestra identidad y aporte profesional, en relación con los equipos interdisciplinarios presentes en las instituciones en que se integra. Se analizan experiencias entendidas como estudios de caso, que evolucionan generando posibles maneras para la integración, repensadas desde la **convivencia disciplinaria** (multi-inter-transdisciplinariedad: límites y potencialidades).

ESTUDIO DE CASO: RECORRIDOS

El recorrido de la investigación se inicia en 2009 en el contexto de un hospital de día. Se gestaba entonces en el HD Infanta Leonor de Vallecas una manera de desarrollar la práctica que favorecería un trabajo exponencial del abordaje de los pacientes. Dicho modelo se basaba en la incorporación del arteterapia en el dispositivo de atención multidisciplinaria del centro, con especial atención a pacientes de trauma. Encontró su exponencial manera de crecimiento y desarrollo a través de la **intervención acompañada de la arteterapeuta**, que desarrolla en la institución el proyecto de investigación "Trauma, Psicosis y Arteterapia: Un modelo de intervención", y la psicóloga clínica.

El análisis de este caso ofrece entre otros, elementos clave para el entendimiento del trabajo en arteterapia desde la transdisciplinariedad como estructura y esqueleto metodológico, contextualizados en la práctica clínica continuada.

El **binomio transdisciplinar arteterapia - psicología clínica/psicoterapia**, en el que el caso ha devenido, se constituye como **propuesta metodológica autónoma** que da lugar a una manera híbrida nutrida de las dos, que suma las fortalezas de ambas, minimizando los riesgos y debilidades. Favorece la mayor comprensión y mejora de la intervención desde la **indagación transdisciplinaria del conocimiento**.

La presencia en la institución de otra arteterapeuta investigadora, favoreció de forma triangular la profundización sobre la metodología de trabajo del centro en el proceso de integración del arteterapia, agudizando la escucha y la mirada en cómo ambas profesionales comenzaban a entrelazar sus intervenciones dentro y fuera de las sesiones. De aquel trabajo de observación-reflexión resultó el DEA "Reflexiones en torno a la integración del Arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico" como primer estudio de caso, de aproximación cualitativa etnográfica. Un relato reflexivo que establecía criterios de pertinencia en la integración del arteterapia en los equipos como vía de consolidación identitaria profesional. Y con ello, el modo de hacerse.

LA MIRADA

Arteterapeuta - Investigadora

La transdisciplinariedad aparece como vía evolutiva de la convergencia disciplinaria y ofrece posibilidades para la clínica arteterapéutica de enorme potencial. El conocimiento deja de estar así delimitado para regenerarse en el espacio potencial que surge de la convivencia de dos límites que se desdibujan.

"La transdisciplinariedad sería un conocimiento superior emergente, fruto de un movimiento dialéctico de retro- y pro-alimentación del pensamiento, que nos permite cruzar los límites de diferentes áreas del conocimiento disciplinar y crear imágenes de la realidad más completas, más integradas, y por consiguiente, también más verdaderas".

Martínez Migúlez, M

LA INTEGRACIÓN

Proceso de vinculación personal-profesional

REFLEXIONES-CONCLUSIONES: CONTINUIDAD EN LA INVESTIGACIÓN

Sigue resultando evidente para el desarrollo de esta investigación, que por la naturaleza y recorrido del arteterapia como disciplina en nuestro país, **deben aplicarse metodologías de investigación cualitativas, cuantitativas y mixtas o multimodales, tanto en el ejercicio de reflexión teórico-metodológico como en la intervención**, que se adecúen a la práctica clínica que se viene desarrollando y que nos permitan constatar nuestra efectividad como intervención terapéutica, en relación con otras disciplinas de mayor trayectoria y recorrido con las que compartimos nuestro hacer. El trabajo desde nuestro saber en igualdad de condiciones, nos hará crecer en la consolidación de nuestra identidad profesional y con ello, la atención que damos a las personas con quienes trabajamos.

La mirada del arteterapeuta-investigador debe primar en ese paradigma para atender a los aspectos de una realidad cada vez más compleja y multidimensional, desde **prácticas profesionales disciplinares complejas y multidimensionales, estructuradas en equipos de trabajo de atención integral a la persona**.

"La equiparación a todos los efectos con el resto de facultativos va a aumentar su protagonismo, pero supone un reto al que hay que hacer frente. Ahora, de igual a igual, es momento de asumir responsabilidades, hacer complementarias las disciplinas, y volver a compartir saberes. Si lo logramos será posible un resurgir de los "equipos multidisciplinarios", del trabajo en equipo, pero eso es una tarea que hay que acometer". (CHICHARRO LEZCANO, Fco.)

Notas al pie

1. Investigación de tesis doctoral: La Integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico. Arteterapeuta investigadora principal: Ana Serrano Navarro. Marián Lopez Fdz Cao, directora. UCM, Desde 2010.
2. Mónica Cury Abril
3. Investigación de tesis doctoral: Trauma, Psicosis y Arteterapia: un modelo de intervención. Arteterapeuta investigadora principal: Mónica Cury Abril
4. Cristina Masini Fernández, psicóloga clínica Hospital de Día Infanta Leonor de Vallecas.
5. Ana Serrano Navarro.
6. Investigación de DEA: Reflexiones sobre la Integración del arteterapia en los equipos interdisciplinarios en el ámbito clínico. Arteterapeuta investigadora principal: Ana Serrano Navarro. Marián Lopez Fdz Cao, directora. UCM, 2010.

AUTORAS

Mónica Cury Abril
Arteterapeuta Coordinadora HD-CET San Agustín (CAM). Colaboradora Supervisora y Tutora profesional del Máster Interuniversitario de Arteterapia (UCM,UAM,UVA). Vicepresidenta Foro Iberoamericano de Arteterapia. Secretaria Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. anaserranovarro@gmail.com

Ana Serrano Navarro
Arteterapeuta, Vicepresidenta Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia, Presidenta Foro Iberoamericano de Arteterapia, Coordinadora Master Terapias Artísticas ISEP, Profesora Master Arteterapia Sevilla (UPO), Profesora colaboradora tutora profesional Master Oficial Arteterapia(UAM-UCM-UVA). monicacuryabril@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRASCO MALLÉN, M. El futuro de la investigación en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):237-57

CHICHARRO LEZCANO, FCO. El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo? NORTE DE SALUD MENTAL n° 27/2007/PAG 95-100

CURY ABRIL, M., MASINI FERNÁNDEZ, C. (2012). Impacto de la Violencia Intrafamiliar y de Género en el Desarrollo Vital de la Mujer con Enfermedad Mental. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.7: páginas 97-114. Madrid. Servicio de publicaciones UCM

IZUEL I CURRIÀ, M., VALLÉS VILLANUEVA, J. (2012). Competencias profesionales e investigación en Arteterapia. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.7: páginas 13-26. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.

MARTÍNEZ MIGÚLEZ, M. Conceptualización de la transdisciplinariedad. <http://polis.revues.org/4623>

Anexo VII: Modelo de registro diseñado para el desarrollo de la Etnografía 2

NOMBRE													
Sesión							Fecha						
DINÁMICA DESARROLLADA <u>Objetivos específicos de la sesión:</u>													
ASPECTOS A OBSERVAR EN EL PACIENTE (por escrito y numérico del 1 al 10)	En relación al proceso de creación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	En relación a la obra:												
	En relación al material:												
	En relación a sus propias capacidades:												
	En relación a los otros iguales:												
	En relación a la/s arteterapeuta/as:												
RELACIÓN DEL TALLER CON SU HISTORIA DE VIDA	- Relato: - Pasado: - Presente: - Futuro: - Capacidad de Introspección												
ASPECTOS EMOCIONALES													
COMUNICACIÓN	Verbal: No verbal:												
CIERRE	Lo que dice el paciente: Lo que recibe de los otros/arteterapeuta:												
REFLEXIONES DE LA/S ARTETERAPEUTA/S	Sobre la sesión: Sobre la obra: Aspectos personales:												